



Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии. Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.*

*Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт [www.MyWord.ru](http://www.MyWord.ru) является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен. Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

Георгадзе, Заали Отариевич  
Судебная психиатрия: Учебное пособие для студентов вузов/ Э.Б. Царгясова;  
Георгадзе, Заали Отариевич. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003.- 239  
с. : ил.  
ISBN 5-238-00339-0, 20 000 экз.

Руководствуясь международными нормами и стандартами в правовой защите лиц, страдающих психическими заболеваниями, и оказании им полноценной медицинской помощи, судебная психиатрия устанавливает те критерии психических расстройств, по которым производится их судебно-психиатрическая оценка, ставит судебно-психиатрические аспекты проблемы ограниченной вменяемости, принципы выбора мер медицинского характера, применяемых к лицам, совершившим преступление в состоянии невменяемости или заболевшим после их совершения. Для студентов, аспирантов и преподавателей высших юридических вузов и факультетов, сотрудников органов внутренних дел, прокуратуры, суда и адвокатуры.

Судебная психиатрия

## Психиатрия

### СОДЕРЖАНИЕ

От автора

3 Раздел I. Введение в судебную психиатрию

Глава 1. Понятие и история развития судебной психиатрии

1.1. Понятие, предмет и задачи судебной психиатрии

5 1.2. Краткая история развития судебной психиатрии

15 Глава 2. Медико-юридические основы судебной психиатрии

2.1. Медико-юридические основы вменяемости

26 2.2. Проблема ограниченной вменяемости

35 Глава 3. Судебно-психиатрическая экспертиза

3.1. Понятие, задачи и организация судебно-психиатрической экспертизы

39 3.2. Классификация судебно-психиатрических экспертиз

41 3.3. Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы

48 3.4. Заключение судебно-психиатрической экспертизы

60 3.5. Особенности отдельных видов судебно-психиатрических экспертиз

63 Глава 4. Понятие и правовые основы применения мер медицинского характера в судебной психиатрии

4.1. Понятие и виды мер медицинского характера

75 4.2. Основания и порядок применения принудительных мер медицинского характера

84 Раздел II. Основы общей психопатологии

Глава 5. Понятие психических расстройств и их классификация

5.1. Понятие психических расстройств

91 5.2. Симптомы и синдромы психических расстройств

95 5.3. Классификация психических расстройств

101 Глава 6. Судебно-психиатрическая оценка отдельных форм психических расстройств

6.1. Эндогенные психические расстройства

6.1.1. Шизофрения

103 6.1.2. Маниакально-депрессивный психоз

113 6.2.3. Эпилепсия

116 6.2. Олигофрении

120 6.3. Психические расстройства вследствие органических патологий головного мозга

6.3.1. Травматическое поражение головного мозга

123 6.3.2. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга

126 6.3.3. Психозы в предстарческом и старческом возрасте

129 6.4. Психические расстройства при различных заболеваниях

6.4.1. Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД)

133 6.4.2. Психические расстройства при других заболеваниях

136 6.5. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

139 6.5.1. Алкогольные психозы

148 6.5.2. Наркомании

151 6.6. Расстройства личности и поведения

6.6.1. Психопатии

157 6.6.2. Расстройства влечений

163 6.7. Временные психические расстройства

6.7.1. Исключительные состояния

168 6.7.2. Реактивные состояния

|           |                                                           |
|-----------|-----------------------------------------------------------|
| 173       | Глава 7. Симуляция и диссимуляция психических расстройств |
| 180       | Литература                                                |
| 184       | Приложение                                                |
| 187       |                                                           |
| 3 :: 4 :: | Содержание                                                |

От автора

Генеральная Ассамблея ООН в 1991 г. приняла Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии. Этот документ закрепил ряд основных прав и гарантий лиц, нуждающихся в оказании психиатрической помощи, и демократические начала этой помощи. Выступая в качестве неотъемлемой части нашего национального законодательства (ч.4 ст. 15 Конституции РФ), данные принципы получили развитие в нормах Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", действующего с 1 января 1993 г. на всей территории России, и в положениях Федеральной целевой программы "Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995-1997 годы)", утвержденной Правительством РФ в целях реализации норм данного Закона. Эти акты свидетельствуют о существенных изменениях в государственной политике в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, так как законодатель не только воспринял основные идеи международных принципов, но и значительно расширил их содержание, стремясь сделать психиатрическую помощь максимально гуманной, демократической и по возможности равной в правовом отношении с другими видами медицинской помощи.

Судебно-правовая реформа в России к числу приоритетных направлений относит защиту прав и свобод человека. Это предусматривает особое внимание к личности участников уголовного и гражданского процесса. Расширение их прав и усиление гарантий защиты законных интересов ставит новые задачи перед судебной психиатрией на современном этапе ее развития, в том числе судебно-психиатрические аспекты проблемы вменяемости, принципы выбора мер медицинского характера, применяемых к лицам, совершившим деяния в состоянии невменяемости или заболевшим после совершения правонарушения, а также организационные вопросы проведения судебно-психиатрической экспертизы.

3

Отмечаемый в последние десятилетия процесс патоморфоза, видоизменения клинической картины известных психических заболеваний с преобладанием стертой симптоматики и различных по своим клиническим проявлениям депрессий требуют разработки новых критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки отдельных нозологических форм.

Оптимизации судебно-психиатрического заключения способствует введение новых видов экспертиз, таких, как комплексная, с участием специалистов смежных дисциплин. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, прочно вошедшая в экспертную практику, определяет дифференцированную судебно-психиатрическую оценку состояний, квалифицированных законом как сильное душевное волнение (аффект).

Настоящее издание имеет своей целью дать базовые понятия курса судебной психиатрии, оказать помощь в подготовке студентов к различным видам учебных занятий, а приложение (в том числе нормативные акты) позволит более предметно оценить возможные коллизии судебно-следственной практики.

Авторы выражают благодарность доктору медицинских наук, профессору В.Н. Волкову и кандидату медицинских наук, доктору психологических наук, профессору В.И. Лебедеву за оказание помощи в подготовке к изданию

данного пособия.

4

[3 :: 4 :: Содержание](#)

[5 :: 6 :: 7 :: 8 :: 9 :: 10 :: 11 :: 12 :: 13 :: 14 :: Содержание](#)

---

---

|          |   |          |            |
|----------|---|----------|------------|
| Раздел   |   |          | I          |
| Введение | в | судебную | психиатрию |

---

5

Глава

1

|         |   |         |          |
|---------|---|---------|----------|
| Понятие | и | история | развития |
|---------|---|---------|----------|

судебной психиатрии

#### 1.1. Понятие, предмет и задачи судебной психиатрии

Судебная психиатрия является прикладной отраслью медицинской науки – психиатрии (общей психиатрии). Психиатрическая наука в целом и любая из ее отраслей исследуют закономерности возникновения, развития и возможного исхода группы болезней, сопровождающихся нарушениями психики. Эти болезни согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МБА-10), называются психическими расстройствами. Вместе с тем в литературе разных лет часто встречаются другие варианты названия психических расстройств – "психические болезни", "психические заболевания", которые содержательно не противоречат друг другу и в настоящем издании будут употребляться как синонимы.

Общая психиатрия исследует указанные закономерности с целью оказания психически больным психиатрической помощи. Последняя включает обследование психического здоровья пациента, распознавание (диагностику) психических заболеваний, психиатрическое лечение и уход, а также медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами (ст. 1 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"[1](#)).

Судебная психиатрия как прикладная наука изучает психические расстройства применительно к задачам, которые решаются в ходе осуществления правосудия по уголовным и гражданским делам. На основании заключения судебных психиатров, которое подлежит оценке в совокупности с другими доказательствами, суд в рамках уголовного или гражданского судопроизводства принимает процессуальные решения – определение, постановление, приговор, поэтому эта отрасль психиатрии называется судебной.

6

Поскольку в уголовное судопроизводство составной частью входит предварительное расследование, то судебно-психиатрические заключения используются не только судом, но и лицом, производящим дознание, следователем и прокурором.

Объединяет общую и судебную психиатрии то, что обе медицинские дисциплины, изучая одни и те же явления – психические расстройства, используют одинаковые методы психиатрического обследования, диагностики, а при необходимости и лечения – единую классификацию психических заболеваний, единые медицинские термины и понятия. Точнее, судебная психиатрия заимствует из общей психиатрии разработанную ею

систему научных взглядов на психические расстройства и систему практических действий по их выявлению, профилактике и лечению. Однако различия в задачах, решаемых общей и судебной психиатрией, обуславливают известные расхождения между ними, придавая судебной психиатрии присущие только ей специфические черты. Это же относится и к предмету судебной психиатрии.

Таблица

Сходство и различия общей и судебной психиатрии

|                        | Общая психиатрия                                                                                                                                                                                                                                                              | Судебная психиатрия                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Объект                 | психически здоровый;<br>психически больной                                                                                                                                                                                                                                    | лицо, совершившее общественно опасное деяние:<br>• психически больное;<br>• психически здоровое                                                                                                                                                                                                         |
| Предмет                | психическая деятельность;<br>психические расстройства;<br>психиатрическое лечение;<br>медико-социальная реабилитация                                                                                                                                                          | психическая деятельность;<br>психические расстройства;<br>совершенное общественно опасное деяние                                                                                                                                                                                                        |
| Правовое регулирование | Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";<br>Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изм. от 2 марта 1998 г.);<br>ведомственные нормативные акты Минздрава России | УК, УПК, ГК, ГПК, УИК;<br>Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изм. от 2 марта 1998 г.);<br>Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";<br>ведомственные нормативные акты Минздрава России |
| Средства               | медицинские                                                                                                                                                                                                                                                                   | медико-юридические:<br>• судебно-психиатрическая экспертиза;<br>• ПММХ                                                                                                                                                                                                                                  |

7

Во многих случаях предмет включает, помимо медицинских описаний и квалификаций, принятых в общей психиатрии (например, диагноза психического заболевания), и дополнительную судебно-психиатрическую квалификацию, называемую судебно-психиатрической оценкой. Так, эксперты-психиатры, обследовав обвиняемого, приходят к выводу о том, что он на протяжении ряда лет страдает хроническим психическим заболеванием в форме параноидной шизофрении. В общепсихиатрической практике этого диагноза в совокупности с некоторыми другими клиническими характеристиками болезненного состояния вполне достаточно, чтобы принять решение о необходимости для пациента психиатрической помощи и способе ее оказания. Для судебного психиатра приведенный диагноз и иные, чисто клинические квалификации заболевания обвиняемого тоже необходимы, но недостаточны. Судебный психиатр должен использовать дополнительные и весьма специфические критерии, которые характеризуют выявленное болезненное состояние, например ответить на вопрос: мог или не мог обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния "осознавать



фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими" (ч. 1 ст. 21 УК). Этот дополнительный критерий определяет глубину (тяжесть) поражения болезнью психической сферы обвиняемого в степени, которая исключает его вменяемость и ответственность за содеянное.

Аналогично судебный психиатр решает иные вопросы, входящие в его компетенцию. Так, гражданскую недееспособность обуславливает не любое психическое расстройство, но лишь такое, которое не позволяет больному "понимать значение своих действий или руководить ими" (п. 1 ст. 29 ГК). Не могут быть допущены к даче свидетельских показаний психически больные, не способные "правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания" (п. 3 ст. 79 УПК).

Критерии судебно-психиатрической оценки могут отражать не только глубину (тяжесть), но и некоторые другие особенности психических расстройств. Например, принудительные меры медицинского характера применяются к невменяемому лишь при условии, что он по своему болезненному состоянию представляет опасность. Ее содержание определяется в законе как возможность причинения невменяемым существенного вреда либо опасность, которую он представляет для себя или других лиц (ч. 2 ст. 97 УК).

8

При изменении психического состояния принудительные меры медицинского характера подлежат прекращению, даже если полного излечения не наступило и гражданин остается психически больным.

В отличие от общепсихиатрических судебно-психиатрические критерии психического расстройства отражают такие его особенности, которые и делают его юридически значимым в уголовном и гражданском судопроизводстве, обуславливают специфические правовые последствия. Так, больной, не способный осознавать значение своих действий или руководить ими, не должен нести за их совершение уголовной ответственности, поскольку его поведение нельзя считать виновным. Свидетель, не способный правильно (адекватно) воспринимать окружающее, не должен допускаться к даче показаний ввиду реальной угрозы получения судом болезненно искаженных, недостоверных сведений, способных негативно сказаться на установлении судебной истины.

Критерии психических расстройств, по которым производится их судебно-психиатрическая оценка, либо прямо содержатся в законе (в статьях о невменяемости, гражданской недееспособности и т.п.), либо вытекают из его смысла и характера рассматриваемого судом дела. Эти критерии не применяются в общей психиатрии и не могут быть заменены развернутым психиатрическим диагнозом или подробным клиническим описанием психического состояния обследуемого лица.

Обе медицинские дисциплины, т.е. общую и судебную психиатрию, нельзя как смешивать, так и противопоставлять. Примером их смешения являются суждения, по которым задача судебных психиатров – установить наличие или отсутствие у гражданина психического расстройства, определить, болен данный субъект или здоров. Если гражданин психически болен, то суд в зависимости от характера дела принимает соответствующее решение – освобождает больного от уголовной ответственности как невменяемого, признает недееспособным и пр.

Такого рода суждения нередко можно слышать от людей, не знакомых или поверхностно знакомых с правом и судебной психиатрией. Ошибка заключается в том, что для признания гражданина невменяемым, недееспособным, нуждающимся в принудительном лечении или непригодным к определенным видам профессиональной деятельности одних лишь клинических квалификаций, включая медицинский диагноз заболевания, недостаточно. Кроме этих квалификаций требуется оценка состояния

психического здоровья гражданина

9

по дополнительным судебно-психиатрическим критериям. Помимо того, круг обстоятельств, влекущих наступление рассматриваемых правовых последствий, не ограничивается определением психического состояния подлежащего экспертизе лица. Так, для признания лица невменяемым, кроме установления его психического состояния, нужно также доказать, что именно это лицо совершило деяние, по поводу которого ведется данное уголовное производство. Однако такого рода вопросы в компетенцию судебного психиатра не входят.

Дополнительные критерии чаще всего определяют глубину (степень) болезненного поражения психических функций человека, которые необходимы ему как субъекту права для самостоятельного совершения юридических действий. Поведение субъекта права должно быть осознанно регулируемым. Если же психическое расстройство лишает субъекта способности к осознанно регулируемому поведению, то совершаемые им юридически значимые поступки не влекут обычных правовых последствий: сделка признается недействительной, нарушение уголовно-правовых запретов не приводит к возложению уголовной ответственности и наказанию и т.п. При этом законодательство предусматривает для подобного рода случаев возможность наступления специфических правовых последствий. К невменяемому могут быть применены принудительные меры медицинского характера, над недееспособным учреждается опека и т.д.

Сам по себе диагноз психического расстройства, установленный гражданину в процессе психиатрического обследования, не является юридически значимым обстоятельством и не влечет наложения на гражданина никаких правовых ограничений (ч. 3 ст. 5 Закона о психиатрической помощи). Однако было бы неверным противопоставлять судебную психиатрию общей и говорить о существенных расхождениях между ними. Судебная психиатрия использует весь научный инструментарий, разработанный общей психиатрией в области диагностики и лечения психических расстройств. Неверным будет мнение и о том, что предмет общей и судебной психиатрии принципиально различен. Так, в общепсихиатрической практике психически больным именуется любое лицо, которому установлен диагноз психического расстройства. Судебный психиатр использует иное понятие психического расстройства – не медицинское, а юридическое. С точки зрения гражданского права, например, психически больным является лицо, признанное судом недееспособным. Лицо же, в отношении которого такого решения нет, хотя и обнаруживает

10

признаки психического расстройства, юридически считается психически здоровым. Суть данного положения состоит в том, что не всякое психическое расстройство способно иметь юридическое значение и влечь правовые последствия.

Вот почему следует различать психические расстройства, имеющие значение для установления виновности подэкспертного, дееспособности гражданина, и психические расстройства, не влияющие на субъективную сторону преступления или отбытие наказания. Многие граждане, страдающие психическими расстройствами и, следовательно, не могущие считаться психически здоровыми, не утрачивают способности к самостоятельному совершению юридических действий. Они могут нести уголовную ответственность и отбывать наказание, совершать сделки, исполнять свои профессиональные обязанности, давать показания в суде.

Таким образом, общая психиатрия и ее прикладная отрасль – судебная психиатрия являются науками о психических расстройствах. Различаются обе медицинские дисциплины прежде всего по целям, с которыми они изучают названные расстройства. Для общей психиатрии это оказание

психиатрической помощи больным, а для судебной – оказание содействия правосудию, т.е. судебная психиатрия имеет дело с теми психическими расстройствами, с установлением которых в уголовном или гражданском судопроизводстве законодательство связывает наступление специфических правовых последствий (освобождение от уголовной ответственности, применение принудительных мер медицинского характера, признание сделки недействительной и т.д.).

Предмет судебной психиатрии составляют психические расстройства, имеющие юридическое значение в уголовном и гражданском процессе.

Как правило, юридически значимые психические расстройства характеризуются двумя группами признаков (критериев). Первую составляют чисто медицинские признаки, используемые как в судебной, так и в общей психиатрии: симптомы, синдромы, нозологические формы психических расстройств. Вторая группа признаков применяется только судебными психиатрами и служит основой для так называемой судебно-психиатрической оценки психических расстройств. Применительно к некоторым понятиям, используемым в праве и судебной психиатрии, вторая группа признаков называется юридическим критерием (например, юридический критерий невменяемости, юридический критерий гражданско-правовой недееспособности).

11

Судебный психиатр участвует в уголовном или гражданском процессе не в качестве обязательного субъекта, а в связи с решением вполне конкретных задач судопроизводства и имеет несколько относительно самостоятельных направлений.

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам является самой распространенной формой участия судебного психиатра в процессе. Кроме того, ей в наибольшей мере присущи черты, характерные именно для судебно-психиатрической деятельности вообще и отличающие судебную психиатрию от общей.

Судебно-психиатрическая экспертиза может быть назначена только в рамках уголовного или гражданского дела и только лицом (органом), ведущим судопроизводство. Это должностные лица, ведущие предварительное расследование (дознатель, следователь, прокурор), или суд (судья), рассматривающий дело в первой инстанции. Иные должностные лица, органы, организации или граждане назначать судебно-психиатрическую экспертизу не вправе.

Лица, назначающие экспертизу, не только принимают решение о ее проведении, но и формулируют экспертное задание (вопросы, поставленные перед экспертами); собирают необходимые объекты и материалы, подлежащие экспертному исследованию, и предоставляют их экспертам; выбирают экспертное учреждение или конкретных экспертов, которым поручается экспертиза; оценивают составленное экспертами заключение и в случае согласия с выводами экспертов используют эти выводы для принятия процессуальных решений.

Процессуальные решения указанных лиц (постановление следователя, определение или приговор суда и пр.) являются обязательными для всех органов и организаций, должностных лиц и граждан. Судебные психиатры, выступающие в роли экспертов, не обладают властными полномочиями, а их заключения и выводы не имеют обязательной юридической силы. Следует признать ошибочными встречающиеся иногда утверждения, что судебные психиатры, признав гражданина невменяемым, освобождают его от уголовной ответственности и направляют на принудительное лечение. Такими полномочиями наделен только суд. Причем следователь, прокурор, суд не обязаны безоговорочно руководствоваться экспертным заключением. Они вправе как согласиться, так и не согласиться с



экспертными выводами, отвергнуть их как недостоверные, назначить новую экспертизу. Эти лица обязаны лишь мотивировать свое несогласие с экспертными выводами, указав на те обстоятельства, которые послужили его причиной.

12

Порядок назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы регулируется процессуальным законодательством – УПК и ГПК. Нельзя применять нормы и правила, регулирующие психиатрическое обследование пациента в общепсихиатрической практике (например, те статьи Закона о психиатрической помощи, которые посвящены психиатрическому освидетельствованию граждан).

Деятельность судебного психиатра призвана обеспечить эффективное достижение целей и решение задач, которые поставлены перед субъектами, осуществляющими правосудие, и подчинена этим целям и задачам. Вместе с тем в уголовном и гражданском судопроизводстве эксперт-психиатр обладает самостоятельностью в части решения вопросов, относящихся к его компетенции. Только эксперт может решить, какие исследования необходимы для ответа на поставленные перед ним вопросы и какими должны быть ответы. Суд, поручая экспертам-психиатрам производство экспертных исследований, неправомерен оказывать на экспертов ни прямого, ни косвенного воздействия с целью получения желательного для себя результата. В частности, при назначении экспертизы со стороны следователя и суда недопустимы указания эксперту, преддрешающие ход предстоящих исследований и их результат.

Применение принудительных мер медицинского характера к психически больным, совершившим общественно опасное деяние (принудительное лечение). Этот раздел можно рассматривать вторым по значимости в отечественной судебной психиатрии после судебно-психиатрической экспертизы. Виды принудительных мер медицинского характера, основания их изменения и отмены, а также круг лиц, к которым эти меры применяются, регулируются уголовным законом (гл. 15 УК).

Принудительное лечение назначается только судом в рамках уголовного судопроизводства (гл. 33 УПК), и лишь суд вправе прекратить принудительное лечение или изменить его вид, причем сделать это он может лишь по основаниям, указанным в законе (ст. 369 и 412 УПК).

В рамках данного раздела изучаются критерии психических расстройств, обуславливающих необходимость назначения принудительных мер медицинского характера, их отмены или изменения их вида; разрабатывается одна из основных категорий судебной

13

психиатрии – общественная опасность психически больных (лиц с глубокими психическими расстройствами); исследуются психопатологические факторы, приводящие больного к совершению предусмотренного уголовным законом деяния; разрабатываются медицинские меры по профилактике таких деяний и т.д.

Пенитенциарная психиатрия призвана оказывать психиатрическую помощь лицам, осужденным к лишению свободы, и имеет ряд специфических особенностей, которые обуславливают ее выделение в самостоятельный раздел.

Наличие среди осужденных лиц с неглубокими психическими расстройствами, не исключающими вменяемость и возможность отбывать наказание. Как правило, эти больные нуждаются в оказании им психиатрической помощи.

В случае возникновения у осужденного глубоких психических расстройств, препятствующих отбыванию наказания, больной освобождается судом от его дальнейшего отбывания (ст. 81 УК). Одной из задач психиатра в местах

лишения свободы является своевременное выявление у осужденных таких расстройств. Одновременно с освобождением суд в соответствии с рекомендациями психиатров может применить к больному принудительные меры медицинского характера.

Оказание помощи лицам с неглубоким психическим расстройством, которые испытывают затруднения при адаптации к условиям исправительного учреждения, которая может выразиться в ухудшении состояния психического здоровья, в неадекватных поведенческих реакциях (повышенная конфликтность с окружающими, нарушение режима содержания и т.п.). Применение терапевтического воздействия на неглубокое психическое расстройство, выступавшее в роли обстоятельства, способствовавшего совершению данным лицом преступления, за которое он отбывает наказание, может рассматриваться в качестве одного из средств предупреждения преступлений.

Проведение специальных исследований, разработка нормативных, инструктивно-методических материалов по проблемам организации и проведения судебно-психиатрических экспертиз, применения принудительных мер медицинского характера и т.д.

Таковы основные направления деятельности судебного психиатра в уголовном и гражданском судопроизводстве, дающие основание для выделения четырех относительно самостоятельных разделов в структуре судебной психиатрии как прикладной отрасли психиатрической науки.

14

---

1 См.: ВСНД РФ и ВС РФ. - 1992. - № 33. - Ст. 1913.

5 :: 6 :: 7 :: 8 :: 9 :: 10 :: 11 :: 12 :: 13 :: 14 :: [Содержание](#)

15 :: 16 :: 17 :: 18 :: 19 :: 20 :: 21 :: 22 :: 23 :: 24 :: 25 :: [Содержание](#)

#### 1.2. Краткая история развития судебной психиатрии

Историческое развитие судебной психиатрии нельзя рассматривать в отрыве от генезиса психиатрического знания вообще и общепсихиатрической науки, в частности.

Изучение психических болезней началось много веков назад. В IV в. до н.э. Гиппократ разработал основные принципы подхода к психическим заболеваниям, а древние греческие и римские писатели ссылались на симптоматику психических расстройств.

За несколько веков до этого в Индии Сушрута писал на тему психиатрии. Цицерон в I в. до н.э. и Гален в 150 г. обращались к этой теме, но безусловно основные идеи относительно причин этих заболеваний сформулированы в трудах древних философов. Китайцы во времена династий Тан и арабские писатели, современники жившего в XIX в. в Багдаде Рази, внесли свой вклад в развитие идеи о состояниях, которые в наши дни назывались бы депрессией, шизофренией и, возможно, истерией.

Исследователи психиатрической науки по различным основаниям определяют периодизацию развития психиатрической науки. В частности, самый авторитетный отечественный историк психиатрии Ю. Каннабих выделяет шесть этапов:

донаучный период, простирающийся с древнейших времен до момента появления эллинской медицины. Его характерными чертами является полное отсутствие какой бы то ни было медицинской помощи при душевных болезнях, которые рассматриваются и истолковываются в духе примитивно-теологического мировоззрения. В это время происходит, однако, хотя и бессистемное, но крайне важное для будущего накопление разрозненных фактов и наблюдений, получивших образное запечатление в мифологии и народной поэзии;

древняя греко-римская медицина. Началом ее условно можно считать VII или VI в. до н.э., когда впервые появились попытки оказать медицинскую помощь

душевнобольным, заболевание которых стало рассматриваться как явление естественного порядка, требующее принятия каких-то неотложных мер. На смену отмирающей теологической медицине идет сначала медицина метафизическая, одновременно с которой все с большей настойчивостью пробивается сильная научно-реалистическая струя. Эта блестящая эпоха, начавшаяся во времена Перикла (V в. до н.э.), продержавшись около 800 лет, заканчивается в конце III в.;

15

регресс человеческой мысли и откат на стадию донаучного мировоззрения вообще и медицинского, в частности. Наступают Средние века с их мистикой и схоластикой. Но вместе с тем это эпоха крайне важна в истории психиатрии в одном определенном отношении: предпринимаются первые попытки общественного призрения душевнобольных. Однако совершенно неправильно рассматривать указанное время как исключительно наполненное различными процессами ведьм и сплошными казнями душевно больных. Эти явления свойственны даже не столько Средним векам, сколько переходу к новому времени – так называемому Ренессансу;

XVIII в., особенно его последнее десятилетие, представляет решительный шаг вперед: повсеместно в Европе и Америке раз вивается госпитализация душевнобольных, наполовину лечебного, наполовину полицейского характера. Следствием этого явилась, наконец, возможность хоть сколько-нибудь организованной научной работы над психопатологическим материалом. Огромный социально-политический сдвиг – Великая французская революция, коренные изменения всей структуры Средней Европы и одновременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе медицинских, а также значительное прояснение общефилософской идеологии (особенно во Франции) – все это наносит мощный удар остаткам вековых суеверий. И тогда душевнобольной человек выступает на фоне новой гражданственности, предъявляя молчаливое требование медицинской помощи и ограждения всех своих интересов, как члена общества. Это – эпоха Пинеля во Франции, постепенно распространившаяся на весь цивилизованный мир. Однако еще принципиально допускалось (в интересах больного) физическое насилие, хотя и в смягченном виде (смирительные рубашки и кожаные ремни). В это время закладываются основы истинно научной теоретической психиатрии. Эпоха Пинеля простирается до 60-х гг. XIX в.;

эпоха Конолли, по имени того врача, который решительно высказался за полную отмену механических способов стеснения и сам воплотил эти принципы – насколько позволяли материальные условия его времени – в своей жизни и деятельности. Идеи этого английского врача, высказанные им значительно раньше, потребовали для своего распространения нескольких десятков лет. Возникшие в Англии в эпоху быстрого развития промышленного капитала, они могли быть воплощены на европейском континенте лишь тогда, когда утвердилась бы та же социально-экономическая эволюция. Это выразилось в численном росте и качественном (материальном) усовершенствовании психиатрических учреждений. Ставятся и частично разрешаются некоторые основные проблемы науки о душевных болезнях, составляются многочисленные классификации психических расстройств, развиваются экспериментальная психология и невропатология, научное преподавание психиатрии постепенно поднимается на значительную высоту. Это время господства так называемой симптоматологической психиатрии, период симптомоком-плексов на психологической основе при одновременном напряженном поиске других критериев для создания истинно научных нозологических единиц;

16

последнее десятилетие XIX в. Характеризуется колоссальным расширением и совершенствованием психиатрической помощи, организацией колоний,

патронажей и огромных усовершенствованных больниц, которые видят в своих стенах все более многочисленные кадры врачей-психиатров и хорошо обученного среднего и младшего персонала. В уходе за душевнобольными наступает новая эра – постельный режим. И одновременно с этим происходит постепенное и вполне естественное отмирание одного пережитка седой старины, еще допускавшегося в эпоху Конолли: уничтожаются изоляторы. Теоретическая психиатрия этого периода переживает глубокий и бурный кризис: рушатся симптомокомплексы и их место занимают многосторонние, новые, "естественные" нозологические единицы, "настоящие болезни", прослеженные на огромном, клинически и статистически обработанном материале. Это – эпоха Крепелина, для которой характерна еще одна существенно важная черта: психиатрия в связи с огромным усилением так называемой нервности в широких слоях населения все более выходит за пределы специальных больниц и быстрыми шагами приближается к повседневной жизни. Изучение пограничных состояний – неврозов и психоневрозов дает повод к созданию нового, скоро получившего права гражданства термина – "малая психиатрия". Одновременно с этим в науке о душевных болезнях все более обозначается социологический уклон<sup>1</sup>.

Развитие психиатрического знания в XX в. характеризует более глубокое изучение причин психических расстройств, открытие и формирование современных средств распознавания и лечения психических расстройств. Большое влияние в этой области оказали исследования и открытия, связанные с именами З. Фрейда, И.П. Павлова, которые существенно изменили традиционные

17

взгляды на природу психических болезней и методы их лечения, в частности психотерапевтические.

Развитие судебной психиатрии происходило параллельно с развитием общей психиатрии и исторически наиболее ранними областями судебной психиатрии, предшествующими всем прочим направлениям деятельности судебного психиатра, является ее участие в решении вопросов гражданской дееспособности психически больных, а также производство экспертизы по вопросу о вменяемости.

Необходимость опеки над психически больными, принятие мер по защите их от опасного поведения есть объективно существующая социальная потребность. Решать подобные вопросы вынуждено любое общество на любом этапе своего развития, причем задолго до появления психиатрии в ее современном понимании.

Правовые нормы, связывающие с наличием психических расстройств определенные юридические последствия, появились очень давно. Так, по законам Хаммурапи (XVIII в. до н.э.) договор купли-продажи раба мог быть расторгнут, если в течение месяца после его заключения у раба обнаружится болезнь "бенну" (вероятно, эпилепсия). В законодательстве Соломона (VI в. до н.э.) имелись указания о непризнании завещательных актов помешанных. Римское право различало несколько видов помешательства. Сумасшедшие и безумные считались полностью лишенными дееспособности и не ответственными за свои поступки. Ответственность за неправомерные действия безумных несли согласно римскому праву их опекуны или лица, осуществляющие за ними надзор. Идеи невменяемости и недееспособности не были чужды феодальному праву. В Саксонском зеркале (XIII в.) указывалось, что слабоумных и сумасшедших не следует подвергать наказанию. Если же они кому-либо причинили вред, то их опекун должен возместить его. В английском законодательстве времен Эдуарда II (1324) существовали нормы об охране имущества помешанных. В 1724 г. английский судья Трейси, опираясь на высказывания правоведа XIII в. Брэктона, предложил в качестве критерия невменяемости так называемый критерий дикого зверя: невменяем

лишь тот, кто полностью лишен рассудка и памяти и не сознает того, что делает, подобно малолетнему, скотине или дикому зверю.

Наиболее ранние упоминания о душевнобольных в русском законодательстве относятся к XII в. В Судном законе князя Владимира

18

Мономаха в главе "О завещании" содержалось указание об исключении "бесных" из числа свидетелей. Новоуказные статьи о татевных, разбойных и убийственных делах (1669) признали "бесных" не ответственными за убийство. За два последующих столетия издаются уже десятки императорских и сенатских указов, касающихся правового положения психически больных. Несмотря на то что врачей стали привлекать к психиатрическому освидетельствованию еще со времен античности, их участие в установлении психических расстройств по уголовным и гражданским делам признавалось необязательным вплоть до XIX в. Считалось, что психическое заболевание, обуславливающее невменяемость или недееспособность, должно быть настолько очевидным и иметь столь многочисленные внешние проявления, что установить его наличие можно и без помощи врача. Взгляды на сумасшествие как на одержимость дьяволом приводили к тому, что сведущими лицами (экспертами) по ряду дел о преступлениях умалишенных долгое время оставались священнослужители. Например, в России в XVII-XVIII вв. местом освидетельствования умалишенных, совершивших преступление, были преимущественно монастыри.

Знакомство с отечественной историей психиатрии показывает, что элементы экспертизы имели место еще тогда, когда психиатрии как науки не существовало. Так, в 1690 г. в г. Вязьме задержан бродяга, который заявил, что он сын царя, "а живет он на небесах и ходит на небеса в дыру, а принимают его ангелы". Он был освидетельствован дипломированными врачами, представившими каждый свое заключение на латинском и греческом языках. Это была первая врачебная судебно-психиатрическая экспертиза, свидетельствуемый был признан душевнобольным, страдающим меланхолией.

Мероприятия и реформы петровской эпохи коснулись порядка освидетельствования психически неполноценных лиц. 6 апреля 1722 г. Петр I издал Указ "О свидетельствовании дураков в Сенате". Речь шла об освидетельствовании дворянских детей, которые под всякими предлогами, в том числе ссылками на малоумие от рождения, уклонялись от обучения и государственной службы. Освидетельствование дворян в Сенате для признания их умалишенными проводилось до 1815 г., после чего оно стало осуществляться в губернских городах. Лишь к началу XIX в. функции психиатрического освидетельствования обвиняемых были целиком возложены на врачебные управы.

19

XIX в. можно считать временем, когда научно-медицинские взгляды на природу помешательства становятся полностью доминирующими (речь идет о передовых в научном отношении странах, прежде всего Европы и Северной Америки), и судебная психиатрия обретает вполне современный облик. Это относится к организации судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения психически больных, совершивших уголовно наказуемое деяние, разработке критериев невменяемости и недееспособности и пр.

Существенное влияние на дальнейшее расширение сферы применения психиатрических знаний в уголовном судопроизводстве оказало учение о дегенерации французского психиатра Б. Мореля. Учение о дегенерации (вырождении) в какой то мере противостояло теории эволюции Дарвина (обе теории появились в середине XIX в. почти одновременно). Говоря о развитии живой природы, дарвинизм обращал внимание на "прогресс в мире растений и



животных". Морель сделал акцент на биологических процессах противоположного свойства. В отдельных человеческих популяциях, отмечал он, из поколения в поколение можно наблюдать нарастающие признаки вырождения – интеллектуального, морального, физического. Оно проявляется, в частности, в бесплодии, пониженной жизнеспособности детей, глухоте, слабоумии и других психических расстройствах, многообразных отклонениях в поведении. С этого времени представления о психических расстройствах, исключая вменяемость, стали гораздо более разнообразными. Они уже не ограничивались случаями, когда указанные расстройства были слишком очевидными или случаями, когда болезнь выражалась в форме монomanии (влечения к совершению тяжких насильственных преступлений). Теперь, имея дело с преступлением, можно было предположить, что оно является свидетельством дегенеративного процесса. А последний обычно сопровождается иными отклонениями от нормы, в том числе психическими. Так что отныне судебно-психиатрические вопросы могли ставиться в отношении обвиняемого в любом (с точки зрения характера и тяжести) преступлении.

На развитие ряда наук оказали влияние идеи итальянского психиатра Ч. Ломброзо. Его концепция "преступного человека" ("врожденного преступника") решительно пересматривала прежние взгляды на природу преступности и методы борьбы с ней и, как следствие, претендовала на всестороннее реформирование

20

всей системы уголовной юстиции. Однако реально этого не произошло.

Так же, как и идеи Ч. Ломброзо, к преимущественной био-логизации поведения человека относится и трактовка преступлений великим австрийским психиатром и психологом З. Фрейдом (1856–1939). Его учение о бессознательном и психоаналитическая теория излишне абсолютизировали роль и значение бессознательных процессов в психической жизни человека. З. Фрейд использовал психоанализ как метод исследования, с помощью которого психические проявления пытался объяснить подавленными воспитанием и социальными запретами-инстинктами, среди которых главенствующая роль отводилась подсознательному влечению к половому удовлетворению и к смерти. Именно эти влечения и собственное "я" (эго), по его мнению, властвовали над людьми и определяли их отношения между собой. Антисоциальное поведение рассматривалось З. Фрейдом и некоторыми его сторонниками лишь как один из аспектов проявления неврозов, которые представляют группу заболевших с нерезко выраженными изменениями психики<sup>2</sup>.

XIX в. характеризуется значительными достижениями в сфере клинического описания и диагностики психических заболеваний, их классификации, выявления причин отдельных заболеваний, а также в области содержания больных и ухода за ними. Однако еще в первой его половине во многих психиатрических заведениях широко практиковалось использование насильственных средств обращения с пациентами. К ним применялись наручники, цепи, ремни для связывания, "горячечные рубашки" и т.п., причем иногда на весьма длительный срок.

В 1793 г. французский психиатр Ф. Пинель распорядился о снятии цепей с обитателей дома умалишенных. Это событие считается поворотным пунктом в движении за гуманизацию психиатрии. В 1839 г. английский психиатр Д. Конполи отменил применение смиренных рубашек (оставленных в арсенале психиатрии Ф. Пинелем) и провозгласил принцип "нестеснения" при больничном уходе. В 70-х гг. XIX в. в Шотландии введена система "открытых дверей". Она заключается в почти полной ликвидации запирающихся палат и удалении решеток. Большинству больных разрешалось свободно передвигаться по территории больницы.

21

Достижения психиатрической науки и гуманизация отношений к психически больным оказывали существенное влияние на судебную психиатрию. Значительный вклад в ее развитие в XIX – начале XX в. внесли такие крупные ученые и клиницисты, как И.М. Балинский, А.У. Фрезе, В.Х. Кандинский, В.П. Сербский, В.М. Бехтерев в России; В. Гризингер в Германия; Ж. Эскироль во Франции; Г. Маудсли в Англии; Р. Крафт-Эбннг в Австрии и др.

Несколько позже, в XIX в. появляются законодательные формулировки, применявшиеся затем в судебной и экспертной практике на протяжении более 100 лет. Норма французского Уголовного кодекса 1810 г. о невменяемости ("нет ни преступления, ни проступка, если обвиняемый во время совершения действия находился в состоянии безумия") просуществовала до 1994 г., когда во Франции вступил в силу новый уголовный закон. Введенные в 1843 г. в Англии критерии невменяемости, известные как Правила Мак-Натена (названы по имени психически больноу, совершившего по бредовым мотивам убийство, жертвой которого стал секретарь премьер-министра), изложены в виде пяти вопросов и ответов на них. Центральным является положение о том, что невменяемым признается лицо, которое вследствие душевной болезни не могло осознавать "природу и качество" своего преступного деяния или его "противоправность"), существуют в англоамериканском праве и поныне.

В России в связи с земской реформой 1864 г. передовые русские врачи того времени создали так называемую земскую медицину. Она явилась первой попыткой организовать медицинскую, в том числе психиатрическую, помощь на селе в существующих тогда условиях капитализма. С расширением сети психиатрических больниц в более широких масштабах осуществляется и научно разрабатывается судебно-психиатрическая экспертиза. В этом принимали участие крупнейшие русские психиатры-клиницисты: И.М. Балинский (1827-1902), В.Х. Кандинский (1849-1889), С.С. Корсаков (1854-1900) В.П. Сербский (1858-1917) и др.

Профессор Московского университета Владимир Петрович Сербский по праву считается основоположником отечественной судебной психиатрии. Он активно пропагандировал передовые по тому времени идеи психиатрии. В.П. Сербский – автор первого обстоятельного руководства "Судебная психопатология" (1895 г. – 1 т., 1900 г. – 2 т.), учебника "Психиатрия" (1912) и ряда других работ. Ему же принадлежит углубленная теоретическая разработка вопросов вменяемости и организационных принципов судебно-психиатрической

22

экспертизы, положенных в основу советской судебной психиатрии.

Развитие судебной психиатрии в XX в. происходило в несколько ином направлении, нежели в прошлом. Так, уголовное и уголовно-исполнительное законодательство и правоприменительная практика наряду с тяжелыми психическими заболеваниями все большее внимание начинают уделять относительно неглубоким психическим расстройствам. Они учитываются при назначении наказания и выборе его вида. Организуются специализированные учреждения для осужденных с пограничными психическими нарушениями. В исправительный процесс все шире внедряются лечебно-психиатрические и психолого-коррекционные программы. Соответственно возрастает роль психиатра в уголовном судопроизводстве и во время отбывания наказания.

В мире правозащитного движения существенно повлияло и положение лиц с психическими расстройствами как одной из наиболее уязвимых категорий судопроизводства. Большое значение в этом смысле имело принятие в 1948 г. Генеральной Ассамблеей ООН Всеобщей декларации прав человека.

В советском периоде развития судебной психиатрии исследователи выделяют три основных этапа:

первый (1919-1929) характеризовался постепенным накоплением опыта экспертной работы, разработкой новых организационных форм судебно-психиатрической экспертизы и принудительных мер медицинского характера, становлением законодательной и научно-теоретической базы судебно-психиатрической деятельности;

второй (1930-1950) знаменовался организацией сети судебно-психиатрических учреждений (отделений, экспертных комиссий) в системе органов здравоохранения, развертыванием научных исследований в области судебной психиатрии, подготовкой квалифицированных судебно-психиатрических кадров;

третий (с 1951 г.) характеризуется дальнейшим развитием всех предыдущих направлений судебно-психиатрической деятельности и разработкой новых (например, таких, как профилактика общественно опасных действий психически больных), значительно расширились диагностические и экспертные возможности за счет внедрения новых методов исследований; в постоянный обиход судебно-психиатрических стационаров введены современные терапевтические средства; разработана система судебно-психиатрических

23

критериев и оценок при всех клинических формах психического расстройства. Началом развития законодательной базы судебно-психиатрической деятельности послужила Инструкция "Об освидетельствовании душевнобольных", принятая в 1918 г. Наркоматом юстиции РСФСР. Инструкция регулировала порядок психиатрического освидетельствования по делам о назначении и снятии опеки. В Руководящих началах по уголовному праву РСФСР 1919 г. было дано законодательное определение невменяемости как состояния душевной болезни или вообще состояния в момент совершения общественно опасного деяния, когда лицо не отдавало отчета в своих действиях (ст. 14). Формулировка невменяемости была впоследствии развита и уточнена в УК РСФСР 1922 г., в Основных началах уголовного законодательства 1924 г. и Уголовных кодексах союзных республик (в частности, в УК РСФСР 1926 г.). Принятые в 20-е гг. республиканские Уголовно-процессуальные кодексы регламентировали порядок производства экспертизы, в том числе судебно-психиатрической. Так, в УПК РСФСР 1923 г. вопросам определения психического состояния обвиняемого посвящена отдельная глава, состоящая из шести статей. Согласно ст. 61 не могли допрашиваться в качестве свидетелей лица, которые ввиду своих психических недостатков не способны правильно воспринимать имеющие значение по делу явления и давать о них правильные показания.

Правовые нормы о невменяемости появились в Основах уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик 1958 г. (в том числе ст. И УК РСФСР 1960 г.). УК РСФСР 1960 г. предусматривал два вида принудительных мер медицинского характера – принудительное лечение в психиатрических больницах общего и специального типа. Больницы специального типа находились в ведении МВД СССР. В 1988 г. произошла реорганизация системы больниц, осуществлявших принудительное лечение (с внесением соответствующих изменений в уголовное законодательство). В результате появились больницы трех типов – с обычным, усиленным и строгим наблюдением. Все они находились в подчинении органов управления здравоохранением.

В начале 60-х гг. установлен действующий и поныне порядок производства судебных экспертиз (включая судебно-психиатрическую) по уголовным (УПК РСФСР 1960 г.) и гражданским делам (ГПК РСФСР 1964 г.).

Судебная психиатрия советского периода занималась изучением клинических и организационных аспектов судебно-психиатрической

24

экспертизы и принудительных мер медицинского характера; медицинских и иных факторов, способствующих совершению психически больными общественно опасных действий; разработкой мер по предупреждению указанных действий; вопросами психиатрического освидетельствования осужденных для установления хронической психической болезни, препятствующей дальнейшему отбыванию наказания; вопросами оказания психиатрической помощи осужденным с неглубокими психическими расстройствами, а также изучением судебной психиатрии за рубежом.

Распад Союза ССР и последующие социально-экономические катаклизмы в обществе привели к разрыву налаженных за десятилетия профессиональных связей между научными и практическими учреждениями судебной психиатрии бывших союзных республик, что отрицательно сказалось на их деятельности. В России недостаток финансирования осложнил работу правоохранительных органов по назначению судебно-психиатрической экспертизы, равно как и работу самих экспертов. В отдельных случаях, по сути, происходит отказ от судебно-психиатрической экспертизы даже при наличии достаточных оснований для ее назначения, особенно от стационарной экспертизы лиц, содержащихся под стражей. Многие судебно-психиатрические отделения для проведения таких экспертиз оказались на грани закрытия. В ряде мест месяцами не выделяются средства на содержание психически больных, находящихся на принудительном лечении. Все это приводит к грубейшим нарушениям закона и конституционных прав граждан.

В настоящее время происходит переход отечественной психиатрии (включая судебную) на новую Международную классификацию болезней (так называемую классификацию десятого пересмотра, или МКБ-10, принятую в 1993 г.), в которой психиатрическая систематика существенно изменилась по сравнению с предыдущими классификациями. Эти изменения касаются прежде всего введения некоторых новых рубрик, сужения границ шизофрении, использования гораздо более подробных характеристик психических расстройств и четких диагностических критериев, определяющих количество и соотношение симптомов, необходимых для достоверной диагностики. Кроме того, во всей классификации МКБ-10 применяется термин "расстройство" (а не "болезнь"), под которым подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, причиняющих в большинстве случаев страдание человеку и препятствующих его нормальной жизни в обществе.

25

---

1 См.: Каннабих Ю. История психиатрии: Репринт, изд. - М.: ЦТР МГП ВОС, 1994.

2 Надо отметить, что учение З. Фрейда и его работы в области психиатрии весьма популярны до сих пор на Западе и становятся популярными в нашей стране.

[15 :: 16 :: 17 :: 18 :: 19 :: 20 :: 21 :: 22 :: 23 :: 24 :: 25 :: Содержание](#)  
[26 :: 27 :: 28 :: 29 :: 30 :: 31 :: 32 :: 33 :: 34 :: Содержание](#)

---

---

Глава

2

Медико-юридические  
судебной психиатрии

ОСНОВЫ

2.1. Медико-юридические основы Вменяемости

Для наступления обычных юридических последствий поведение гражданина как субъекта права должно быть осознанно регулируемым (сознательно-



волевым). Субъект должен иметь фактическую возможность понимать содержащиеся в законе дозволения и запреты и приспосабливать к ним свое поведение. Для этого ему необходимо обладать способностью адекватно оценивать обстановку, в которой совершаются юридические действия, осознавать их сущность и быть в состоянии распоряжаться ими (выбирать род и характер поступка, воздерживаться от каких-то действий и т.д.). В юридической науке эти общие условия, позволяющие гражданину быть самостоятельным субъектом права, конкретизируются в категории вменяемости.

Вменяемость есть способность лица понимать совершаемое им и руководить своими действиями. Она отражает ту меру требовательности к психике субъекта, которая позволяет возложить на него уголовную ответственность в случае нарушения им уголовно-правового запрета, т.е. при совершении им деяния, предусмотренного Особенной частью УК.

Вменяемым считается любое лицо, достигшее возраста наступления уголовной ответственности. Исключение составляют лица, страдающие во время совершения уголовно наказуемого деяния глубоким психическим расстройством. Последнее делает нарушителя уголовно-правового запрета невменяемым. Он не подлежит уголовной ответственности, однако к нему могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Категории вменяемости и невменяемости являются уголовно-правовыми. Судебная психиатрия имеет с ними дело постольку, поскольку невменяемость обусловливается болезненными нарушениями

26

психики, наличие которых устанавливается в ходе производства по уголовному делу экспертно-психиатрическим путем.

Большинство проводимых в стране судебно-психиатрических экспертиз (около 90%) назначаются в связи с сомнениями во вменяемости обвиняемого, а большинство больных, находящихся на принудительном лечении, – это лица, признанные невменяемыми. Не случайно проблема невменяемости в отечественной судебной психиатрии традиционно рассматривается как центральная.

Условия вменяемости, как и невменяемости, связанные с психическим состоянием лица, нашли свое естественнонаучное обоснование в работах И.М. Сеченова, в учении И.П. Павлова и дальнейшее развитие в современной науке. Так, учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности раскрывает механизмы этой деятельности, дающие возможность человеку познавать окружающий мир и на основе этого познания регулировать свое поведение в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему обществом.

Весьма важными в этом отношении являются раскрытые советскими физиологами (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн) обратные связи, по которым мозг получает информацию о деятельности в процессе ее осуществления и может таким образом ее корректировать в соответствии с изменяющимися условиями. Не менее существенно и физиологическое обоснование способности предвидеть последствия своей деятельности, которую П.К. Анохин обозначает как "опережающее отражение действительности" в созданной им теории функциональной системы<sup>1</sup>. Волевая деятельность, т.е. произвольные поступки и действия человека, не только предваряется умственной деятельностью, но и служит выражением последней.

Аналогично И.П. Павлов рассматривал проблему свободы воли и условия, определяющие индивидуальную ответственность человека за совершаемые им действия, его способность осознавать совершаемое и регулировать свое поведение, т.е. быть вменяемым. Характер высшей нервной деятельности психически здорового человека дает ему, по словам И.П. Павлова, возможность, а следовательно, и обязанность знать себя и, пользуясь этим знанием, руководить своим поведением. При психических



27

расстройствах нарушается отражательная деятельность мозга, вызывается болезненно искаженное отражение действительности, невозможность регулировать свои действия, результатом чего и является неадекватное (а часто и общественно опасное) поведение больных.

Болезненные расстройства высшей нервной деятельности, выражающиеся в определенных клинических признаках – симптомах психических заболеваний, лишают человека возможности сознательно относиться к своим действиям, регулировать их и поэтому исключают его вменяемость. Именно потому, что психические заболевания приводят к вышеупомянутым нарушениям, и существует проблема вменяемости.

Следовательно, вменяемость и невменяемость, будучи юридическими понятиями, обобщают явления реальности, объективно существующие отношения, основывающиеся на состоянии психической деятельности человека.

Впервые на это указал В.П. Сербский<sup>2</sup>, который был активным пропагандистом передовых по тому времени идей психиатрии. Ему же принадлежит углубленная теоретическая разработка вопросов вменяемости и организационных принципов судебно-психиатрической экспертизы, положенных в основу советской судебной психиатрии. Он отмечал, что некоторые юристы видят в способности ко вменению какую-то отвлеченную юридическую фикцию, забывая, что подкладкой этой "фиктивной" способности служит исключительно то или другое душевное состояние.

Понятие невменяемости является противоположным по отношению к вменяемости и определяет совокупность условий, исключающих уголовную ответственность лица вследствие нарушений его психической деятельности, вызванных болезнью.

Именно судебная психиатрия, изучая эту сторону проблемы, на основе специальных медицинских данных, занимается вопросами невменяемости при судебно-психиатрической экспертизе. Судебно-психиатрическая оценка психических состояний, как и экспертные заключения по каждому отдельному случаю, строится на основе определенных критериев невменяемости, содержащихся в законодательной формуле невменяемости.

28

В.Х. Кандинский и В.П. Сербский, заложившие основы изучения проблемы невменяемости в судебной психиатрии, считали необходимым согласование юридической трактовки понятия невменяемости и медицинских принципов оценки психического состояния. Подобное согласование, по их мнению, осуществимо только при физиологической (т.е. подлинно материалистической) трактовке психических заболеваний и соответствии законодательной формулы невменяемости современным научным достижениям психиатрии. Это согласование осуществлено ныне в отечественной науке уголовного права и в судебной психиатрии, и оно получает свое выражение в критериях невменяемости, установленных законом.

Вместе с тем отечественная наука уголовного права, традиционно признавая, что биологические факторы играют определенную роль в обусловленности человеческого поведения, в то же время необоснованно преувеличивала значение социальных детерминантов, утверждая, что только с помощью общественного воздействия, социальных механизмов можно формировать личность, регулировать человеческое поведение.

Однако мнение о всесии социальных факторов существенно противоречит многим экспериментальным данным прикладной психологии, криминологии, психиатрии и других наук. В частности, академик Н.М. Амосов пришел к выводу о том, что у каждого человека в процессе его личностной самореализации вырабатываются механизмы противодействия социальным

факторам, т.е. у каждого человека есть пределы воспитуемости. Объясняется это психофизиологическими и психогенетическими особенностями личности, которые составляют биологическую моти-вационную основу ее поведения и, естественно, социально не обусловлены. Не переходящее в патологию, с точки зрения психиатрии, влияние биофакторов на мотивацию поведенческих актов позволяет человеку адекватно воспринимать действительность и реагировать на происходящее. Патологическое же развитие этих процессов исключает полностью или частично возможность человека правильно оценивать свое поведение и руководить своими действиями. При совершении общественно опасного деяния лицом с подобными психопатологическими явлениями перед правоприменителем встает вопрос о вменяемости или невменяемости правонарушителя. Уголовный закон ограничивает круг субъектов уголовной ответственности лишь вменяемыми лицами, ибо на лиц с аномальной психикой социально-правовое

29

воздействие с целью регуляции их поведения не распространяется вообще или распространяется лишь в тех или иных пределах, ибо единственное эффективное средство в подобных случаях - применение лечебно-медицинских мер.

Вменяемость является одним из обязательных признаков (наряду с возрастом наступления ответственности) субъекта общественно опасного деяния. Невменяемость и вменяемость относятся к правовым понятиям, но они вовсе не являются предпосылкой виновности или невиновности лица, как это иногда утверждается. Эти правовые категории лишь характеризуют субъекта, его способность или неспособность нести уголовную ответственность. При выяснении вменяемости или невменяемости следователи и судьи должны анализировать не вопросы, относящиеся к субъективной стороне и ее доказанности или недоказанности, а в соответствии с законом данные о личности субъекта и его поведении во время (в момент) совершения деяния. Невменяемость свидетельствует об отсутствии субъекта, а с ним и состава преступления. Невменяемый - субъект не преступления, но общественно опасного деяния, объективные признаки которого предусмотрены Особенной частью УК. На невменяемого нельзя возложить уголовную ответственность. Следовательно, к нему неприменимо наказание, которое рассматривается в уголовном праве в качестве средства реализации этой ответственности.

Статья 21 УК "Невменяемость" изложена следующим образом: "1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

2. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом".

Указанные в приведенном тексте признаки невменяемости принято называть ее формулой (схема 1). Формула невменяемости состоит из двух критериев - медицинского (биологического) и юридического (психологического).

30



Схема 1. Формула невменяемости

Медицинский (биологический) критерий невменяемости имеет в виду наличие у лица хронического психического заболевания, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния.

Хроническое психическое- расстройство объединяет заболевания, которые характеризуются длительностью течения и тенденцией к прогрессированию (постепенному нарастанию и усложнению болезненного процесса, утяжелению вызванных болезнью нарушений психики). Хронически текущие психические расстройства, как правило, приводят к глубоким и стойким изменениям личности больного. К хроническим психическим заболеваниям относятся: эпилепсия, шизофрения, прогрессивный паралич,

31

старческие психозы и некоторые другие трудноизлечимые или неизлечимые заболевания.

Временное психическое расстройство – это кратковременное или само по себе проходящее заболевание. Их длительность варьируется в очень широких пределах – от нескольких часов и даже минут (при так называемых исключительных состояниях) до нескольких недель, месяцев, иногда лет. Поэтому основным признаком временного психического расстройства является не его продолжительность, а принципиальная возможность полного выздоровления, которая при хронических психических болезнях практически отсутствует. Сюда относятся бессознательные состояния, понимаемые буквально, т.е. состояния отсутствия сознания, а также патологический аффект, патологическое опьянение, большинство алкогольных психозов (например, алкогольный делирий), симптоматические психозы и др.

Слабоумие как недостаток психики вполне обоснованно включено в число признаков медицинского критерия, так как в зависимости от степени умственного недоразвития или снижения его слабоумие может свидетельствовать о невменяемости. Слабоумие представляет собой стойкие, необратимые расстройства познавательной деятельности с обеднением психики, поражением интеллекта, памяти, нарушениями личности. Различают слабоумие врожденное и приобретенное (атеросклеротическое, старческая деменция и пр.).

Иное болезненное состояние – это психическое расстройство, которое может быть как хроническим, так и временным, и не попавшим ни в одну из трех первых групп, но способное исключить вменяемость. Сюда входят психопатии (расстройства личности), психические расстройства, вызванные инфекционными заболеваниями, инфантилизм и некоторые другие виды болезненных состояний.

Любое из перечисленных заболеваний или недостатков психики в отдельности может оказаться достаточным для признания лица невменяемым, с точки зрения медицинского критерия невменяемости. В целом современная формулировка медицинского критерия невменяемости охватывает, по существу, все варианты психической патологии.

Медицинский критерий указывает, что невменяемость должна быть обусловлена исключительно психическим расстройством. Это означает, что: а) психическое расстройство вызывается причинами, не зависящими от воли и желания самого больного; б) неболезненные нарушения психики, которые могут влиять на способность к осознанию своих действий и руководству ими – аффект, опьянение, сильное эмоциональное напряжение и другие,

32

не относятся к обстоятельствам, обуславливающим невменяемость (хотя и могут влиять на уголовно-правовую квалификацию деяния или учитываться при назначении наказания); в) для установления невменяемости обязательна судебно-психиатрическая экспертиза (п. 2 ст. 79 УПК).

Наличие психического расстройства еще не определяет невменяемость лица. Лишь определенная степень тяжести его, указанная в формуле юридического критерия (принцип единства медицинского и юридического критериев невменяемости), т.е. когда субъект не мог "осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить

ими", может явиться основанием для ее констатации. При этом под действием или бездействием, о которых идет речь в данной ст. 21 УК, понимается общественно опасное деяние, предусмотренное одной или несколькими статьями Особенной части.

Неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность деяния составляет содержание интеллектуального признака юридического критерия, неспособность руководить своими действиями – содержание его волевого признака.

Интеллектуальный признак выделяет те стороны нарушения психики, что лишают лицо возможности адекватного восприятия действительности, ее осмысления (понимания), прогнозирования возможных последствий своих поступков и т.п. Интеллектуальный признак свидетельствует о нарушении механизмов психической деятельности, делающих поведение "осознанным".

В волевом признаке акцент сделан на неспособности лица "властвовать над собой", т.е. адекватно организовывать и управлять своим поведением. Волевой признак психологического критерия невменяемости состоит в неспособности лица руководить своими действиями. Это самостоятельный признак, который и при отсутствии интеллектуального признака может свидетельствовать о наличии невменяемости. Не случайно в законе между этими признаками стоит союз "либо". Практика свидетельствует, что лицо, совершившее общественно опасное деяние, при определенном состоянии психики может, совершая такое деяние, сохранять возможность формальной оценки событий, их понимание при отсутствии, однако, способности руководить своими действиями. В таких случаях о наличии психологического критерия невменяемости можно судить на основании одного волевого признака. В то же время неспособность осознавать свои действия (интеллектуальный признак) всегда свидетельствует о неспособности руководить этими действиями и, следовательно, о наличии

33

психологического критерия невменяемости. В качестве иллюстрации можно привести случаи неспособности удерживаться от совершения противоправных поступков при сниженном, но в целом не утраченном понимании их характера и значения. Например, "неодолимость влечений" при некоторых видах сексуальных извращений (перверсий).

В законодательной формуле невменяемости выделено два самостоятельных элемента в структуре интеллектуального признака. Первый из них охватывает случаи невозможности осознавать "фактический характер" действий (бездействия), тогда как второй говорит о невозможности осознавать их "общественную опасность". Соединяет оба элемента союз "и" (т.е. невменяем тот, кто не в состоянии осознавать ни того, ни другого).

В судебной психиатрии признано, что так называемый психотический уровень поражения психики несовместим с сознательно-волевым контролем над своими поступками. Такого рода болезненные состояния исключают вменяемость. Слово "психотический" означает "присущий психозам", т.е. наиболее тяжелым формам психических расстройств. Наличие бреда в структуре психического расстройства свидетельствует о его психотическом уровне.

Субъект может быть признан невменяемым только в отношении конкретных общественно опасных деяний. Вменяемости-невменяемости "вообще" не существует. Встречающиеся в процессуальных документах выражения "вменяемость обвиняемого в настоящее время" или "вменяемость свидетеля (потерпевшего)" не соответствуют закону.

Представления о вменяемости (и, следовательно, невменяемости) как о стабильном, постоянно присущем человеку состоянии чреватой неправильной оценкой доказательств и процессуальными ошибками. Например, следователь считает экспертное заключение о наличии у обвиняемого психического

расстройства, исключающего вменяемость, необоснованным и противоречащим другим доказательствам, собранным по делу. Согласно последним до привлечения к уголовной ответственности данный гражданин не находился под наблюдением психиатров, успешно справлялся со своими служебными обязанностями, а окружающие не замечали в его поведении никаких "ненормальностей". Однако экспертные выводы могут оказаться вполне соответствующими действительности, а их несоответствие другим доказательствам – мнимым, если психическое расстройство носило кратковременный характер либо началось внезапно, непосредственно перед совершением общественно опасного деяния.

34

1 Анохин П.К. Философские аспекты теории функциональной системы. – М.: Наука, 1978.

2 В.П. Сербский (1858–1917) – основоположник отечественной судебной психиатрии.

[26](#) :: [27](#) :: [28](#) :: [29](#) :: [30](#) :: [31](#) :: [32](#) :: [33](#) :: [34](#) :: [Содержание](#)

[35](#) :: [36](#) :: [37](#) :: [38](#) :: [Содержание](#)

## 2.2. Проблема ограниченной вменяемости

На протяжении нескольких десятилетий в нашей стране проблема ограниченной вменяемости была предметом острых теоретических дискуссий. Сторонники ограниченной вменяемости выдвигали в обоснование своей позиции следующие аргументы.

В действительности между психическим здоровьем и психическим заболеванием, а также в пределах самого заболевания имеются промежуточные, "пограничные" состояния. Деление на "вменяемость" и "невменяемость" не соответствует плавности переходов между отмеченными явлениями. Более адекватной следует признать следующую градацию: вменяемость – ограниченная вменяемость – невменяемость.

Без введения ограниченной вменяемости психические аномалии преступника (под которыми часто понимаются психические расстройства, не достигающие глубины (тяжести), которая обуславливает невменяемость) не будут учитываться при назначении и применении наказания, хотя влияние аномалий психики на преступное поведение в ряде случаев весьма существенно. Тем самым ограниченная вменяемость полностью отвечает принципам дифференциации и индивидуализации уголовной ответственности, а также более общему принципу справедливости наказания (поскольку было бы несправедливо предъявлять по сути одинаковые требования к психически полноценному лицу и психически аномальному, испытывающему не по своей вине затруднения в правильном регулировании своего поведения). Отказ же от ограниченной вменяемости нарушает упомянутые выше принципы.

В законодательстве ряда стран, например Венгрии, Германии, Польши, Японии, лиц с указанными нарушениями психики признают совершившими преступление в состоянии уменьшенной (ограниченной) вменяемости; в связи с этим назначается более мягкое наказание, чем другим лицам, совершившим такие же преступления при тех же условиях, но при отсутствии дефектов психики.

Впервые в российском уголовном законодательстве появилась норма (ст. 22 УК), регламентирующая учет психических аномалий преступника при назначении наказания (ее не было в нашем законодательстве и до 1917 г.). Включение этой статьи в УК объясняется прежде всего тем, что значительная часть преступлений (например, до 65–70% преступлений против личности) совершается

35

лицами, страдающими психическими аномалиями. Кроме того, как показал



опыт, такие лица нуждаются в повышенном внимании как в ходе предварительного следствия и судебного разбирательства, так и во время исполнения наказания; иногда они заслуживают снисхождения, а часто нуждаются в лечении.

Как следует из закона, ограниченная вменяемость не является промежуточным состоянием между вменяемостью и невменяемостью. Речь идет о вменяемости, которая ограничена тем, что лицо не в полной мере осознает фактический характер и общественную опасность своих действий либо не в полной мере обладает способностью руководить своими действиями вследствие психического расстройства. Отсюда следует, что признание лица, совершившим преступление в условиях ограниченной вменяемости, не связано непосредственно с медицинским и юридическим критериями невменяемости. Признанию лица, имеющим ограничение вменяемости, должно предшествовать признание его (во всяком случае экспертами-психиатрами) вменяемым. После установления у вменяемого лица психического расстройства следователь и суд должны выяснить степень влияния этого расстройства на его поведение при совершении преступления, опираясь на заключение судебно-психиатрической экспертизы и материалы дела, собранные на предварительном следствии и в судебном заседании.

При признании лица, совершившим преступление при условиях, которые оказывали влияние на его психическое состояние, необходимо руководствоваться перечнем заболеваний, имеющих значение невменяемости, с точки зрения медицинского критерия. Психическое расстройство не исключает, однако, осознания лицом опасности для общества своих действий. Точнее, в этих случаях следует устанавливать степень осознания лицом фактического характера и общественной опасности своих действий (интеллектуальный признак) и степень способности руководить ими (волевой признак). Представляется, что психические аномалии необходимо анализировать в конкретном случае с позиции как интеллектуального, так и волевого признаков психологического (юридического) критерия невменяемости, поскольку каждый из них может влиять на степень ограниченности вменяемости лица, обвиняемого в совершении преступления. Некоторые зарубежные законодатели идут по пути жесткого увязывания уменьшенной вменяемости со смягчением наказания. Статья 22 УК РФ вполне обоснованно таких указаний не содержит

36

поскольку различия психических аномалий и ситуаций совершения преступлений не позволяют заранее сделать для таких случаев однозначный вывод. Представляется, что, следуя норме закона, необходимо дать новую научную трактовку ограниченной вменяемости (определить ее основные черты).

Основные черты ограниченной вменяемости необходимо охарактеризовать, исходя из ст. 22 и в соответствии с задачами и принципами, провозглашенными в УК (ст. 2-7). Таким образом, ограниченная вменяемость: категория уголовного права, характеризующая интеллектуальное и волевое отношение лиц с психическими аномалиями к совершенному преступлению; не промежуточная категория между вменяемостью и невменяемостью, а составная часть вменяемости;

как составная часть вменяемости служит предпосылкой уголовной ответственности совершивших преступления лиц с психическими аномалиями;

не является обстоятельством, смягчающим уголовную ответственность, не имеет самостоятельного значения и учитывается судом при назначении наказания в совокупности с другими данными и обстоятельствами, характеризующими преступление и личность виновного;

никогда и ни при каких условиях не может быть истолкована как

обстоятельство,отягчающее ответственность;  
может иметь уголовно-правовое значение для выявления распределения ролей соучастников при совершении групповых преступлений;  
может служить основанием для определения режима содержания осужденных к лишению свободы при назначении принудительных мер медицинского характера, сочетаемых с наказанием;  
относится только ко времени (моменту) совершения лицом преступления и самостоятельно никаких правовых или иных последствий после отбывания наказания не влечет.

Ограниченная вменяемость может устанавливаться предварительно только органом расследования в постановлении и судом окончательно в приговоре на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы.

В настоящее время психиатрической и юридической наукой разработана система классификации психических аномалий, позволяющая выделить те из них, которые не исключают вменяемости. К ним относятся аномалии как функционального, так и

37

органического характера. Функциональные аномалии - это неврозы, психопатии, органические - хронический алкоголизм, наркомания, олигофрения (в степени дебильности), последствия органического заболевания центральной нервной системы, отдаленные последствия черепно-мозговых травм, хронические изменения психики при эпилепсии, шизофрении (в период дебюта и ремиссии и др.).

Частичная ("не в полной мере") способность к осознанию или руководству своими действиями (так же, как вменяемость и невменяемость) относится только к совершению конкретных уголовно наказуемых деяний. Она не должна рассматриваться в качестве постоянной характеристики лица с психическими аномалиями.

Учет психического расстройства в пределах вменяемости при назначении наказания может выразиться, например, в его смягчении. Однако реальное смягчение наказания необходимо далеко не всегда. Так как ограниченная вменяемость не является неким промежуточным состоянием между вменяемостью и невменяемостью (входит в состав вменяемости), поэтому психические аномалии не наделяют субъекта преступления какой-то "уменьшенной виной", требующей непременно смягчения наказания.

Психически аномальные субъекты признаются законом способными контролировать свое поведение. Причем такие субъекты не должны потворствовать своим нездоровым наклонностям и страстям, которые могут привести к преступлению. Психиатрической практике известны случаи "самопопустительства" лиц с пограничными состояниями, например "самовзвинчивание" психопатических личностей.

Более обстоятельно и конкретно о способах учета психических аномалий, не исключающих вменяемости, можно будет говорить только после анализа и обобщения практики применения судами ст. 22 УК.

38

[35 :: 36 :: 37 :: 38 :: Содержание](#)

[39 :: 40 :: 41 :: Содержание](#)

характера при наличии сомнений в психическом состоянии обвиняемого невозможно без назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы (п. 2 ст. 79 УПК).

Судебно-психиатрическая экспертиза – это специальное исследование, проводимое одним или группой судебно-психиатрических экспертов с целью дать заключение о психическом состоянии субъекта в уголовном и гражданском судопроизводстве.

Основными задачами судебно-психиатрических экспертиз являются:

определение вменяемости – невменяемости;

определение дееспособности – недееспособности;

определение процессуальной дееспособности в уголовном процессе (ст. 81 УК);

определение процессуальной дееспособности в гражданском судопроизводстве;

рекомендации по применению принудительных мер медицинского характера;

определение возможности психически больных осужденных (по медицинским показаниям) отбывать наказание в исправительных учреждениях.

Большинство судебно-психиатрических экспертиз в России проводится в государственных судебно-психиатрических экспертных учреждениях. В судебной психиатрии функции экспертного учреждения выполняют судебно-психиатрические экспертные комиссии (СПЭК) и судебно-психиатрические экспертные отделения, организуемые при психиатрических учреждениях общего

39

профиля – психиатрических больницах и психоневрологических диспансерах. Экспертные комиссии и экспертные отделения проводят судебно-психиатрические экспертизы на регулярной основе по правилам производства судебных экспертиз в экспертном учреждении. Ведущим в системе государственных судебно-психиатрических экспертных учреждений является Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (ГНЦС и СП им. В.П. Сербского).

Порядок организации судебно-психиатрических экспертных учреждений определяется ведомственными нормативными актами Минздрава России, которые согласовываются в необходимых случаях с федеральными правоохранительными органами и юридическими ведомствами – Верховным Судом РФ, Генеральной прокуратурой РФ, МВД России, Минюстом России (важнейшими среди них являются Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г. и Положение об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии от 5 декабря 1985 г.) (схема 2).



Схема 2. Организация судебно-психиатрической экспертизы в России

40

Согласно этим нормативным документам судебно-психиатрические экспертные комиссии подразделяются на амбулаторные и стационарные. Некоторые из них правомочны проводить как амбулаторные, так и стационарные экспертизы (смешанные комиссии).

Для производства стационарной экспертизы при психиатрических учреждениях, имеющих стационарные судебно-психиатрические экспертные комиссии, открываются специализированные судебно-психиатрические стационарные отделения. Одна их часть предназначена для лиц, содержащихся под стражей ("стражные отделения"), другая – для прочих испытуемых ("бесстражные отделения"). "Стражные отделения" обеспечены условиями для содержания арестованных: имеется внешняя охрана,

осуществляемая сотрудниками органов внутренних дел; действуют правовые ограничения, которые предусмотрены законодательством о заключении под стражу. Пребывание в этих отделениях лиц, не заключенных под стражу, равно как и пребывание арестованных в "бесстражном отделении", запрещено. Направляемые на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу потерпевшие и свидетели по уголовным делам, а также все лица, подвергаемые стационарной психиатрической экспертизе в гражданском судопроизводстве, могут помещаться также в общие (неэкспертные) отделения и палаты того психиатрического учреждения, в котором имеется стационарная судебно-психиатрическая экспертная комиссия.

Деятельность судебно-психиатрических экспертных учреждений организована по зональному (зонально-территориальному) принципу, т.е. экспертное учреждение обслуживает органы предварительного расследования или суды, расположенные на определенной территории.

41

[39 :: 40 :: 41 :: Содержание](#)

[41 :: 42 :: 43 :: 44 :: 45 :: 46 :: 47 :: 48 :: Содержание](#)

### 3.2. Классификация судебно-психиатрических экспертиз

Судебно-психиатрические экспертизы составляют самостоятельный род судебных экспертиз, включенный в класс судебно-медицинских и психофизиологических экспертиз наряду с судебно-медицинской и судебно-психологической. На судебно-психиатрические экспертизы распространяются классификации, общие для всех судебных экспертиз. Вместе с тем они имеют и свое специфическое деление. Существует два вида судебно-психиатрических экспертиз – общая и специальная.

Общая классификация включает экспертизу основную и дополнительную, первичную и повторную и т.д.

41

Экспертизы основная и дополнительная. Основной является экспертиза, назначенная для решения поставленных перед экспертами вопросов. Дополнительной по отношению к ней явится новая экспертиза, назначенная в связи с неполнотой или недостаточной ясностью прежнего (основного) экспертного заключения, но при отсутствии сомнений в достоверности его выводов. Дополнительная экспертиза проводится лишь тогда, когда неполноту либо недостаточную ясность основного экспертного заключения нельзя устранить с помощью допроса эксперта и последнему требуются дополнительные исследования.

Дополнительную экспертизу можно поручить как экспертам, проводившим предыдущую (основную) экспертизу, так и другим экспертам (ч. 1 ст. 81 УПК, ч. 1 ст. 181 ГПК).

Экспертизы первичная и повторная. Первичная экспертиза проводится впервые по делу в отношении данного лица, повторная – вторично в отношении данного лица при наличии сомнений в обоснованности или правильности выводов первичной экспертизы (ч. 2 ст. 81 УПК). По делу может быть назначено несколько повторных экспертиз, которые по порядку их назначения именуются второй, третьей, четвертой и т.д.

Производство повторной экспертизы поручается только другим экспертам (ч. 2 ст. 81 УПК, ч. 2 ст. 181 ГПК). Сомнения в обоснованности или правильности заключения первичной экспертизы приводят следователя (суд) к выводу, что эксперт или эксперты, проводившие экспертизу, не справились со своим экспертным заданием.

Не каждая новая судебно-психиатрическая экспертиза данного лица обязательно относится к дополнительной или повторной. Так, стационарная экспертиза, назначаемая в случаях, когда в амбулаторных условиях поставленные вопросы не были решены, по отношению к амбулаторной экспертизе не является ни дополнительной, ни повторной. Обязательным

условием дополнительной и повторной экспертизы выступает наличие экспертного заключения, содержащего ответы на поставленные вопросы (хотя бы на часть из них), как результата предыдущих экспертных исследований. Однако это прежнее заключение и его выводы не удовлетворяют орган, назначивший экспертизу, с точки зрения либо ясности и полноты, либо достоверности. Если же члены амбулаторной экспертной комиссии пришли к выводу, что амбулаторно решить экспертные вопросы невозможно и требуется стационарное обследование испытуемого, то по сути нет и самого

42

экспертного заключения. Эксперты амбулаторной комиссии фактически составляют письменный документ о невозможности дать заключение, хотя и оформляют его традиционным для судебно-психиатрической практики актом судебно-психиатрической экспертизы. Данное обстоятельство не всегда учитывается в жизни, что приводит к терминологической путанице и неправильным по существу процессуальным решениям.

Судебно-психиатрическая экспертиза в суде не может рассматриваться в качестве дополнительной или повторной по отношению к экспертизе того же лица на предварительном следствии, даже если она назначена судом по мотивам неполноты, неясности, необоснованности или сомнений в правильности прежних экспертных выводов. Судебное разбирательство, являясь самостоятельной стадией уголовного процесса, представляет собой и новое самостоятельное исследование всех доказательств. Оно проводится в специфических условиях судебного разбирательства, отличных от условий доказывания на предварительном следствии. Здесь все исследуется как бы заново, а не в дополнение к уже исследованному. Вместе с тем следует обращать внимание на основания, по которым суд назначает новую экспертизу. Если она назначена по мотивам неполноты или недостаточной ясности, то ее можно поручить как тем же, так и другим экспертам. Если же основаниями ее назначения являются сомнения в обоснованности или правильности предыдущих экспертных выводов, то ее следует поручать только другим экспертам. Логика такого подхода аналогична тому, что нашла отражение в законе применительно к дополнительным и повторным экспертизам.

Единоличная и комиссионная экспертизы. Эта классификация строится в зависимости от числа проводящих экспертное исследование экспертов. Единоличная экспертиза проводится одним экспертом, а комиссионная – несколькими (двумя и более) экспертами (комиссией экспертов).

Согласно Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г. амбулаторные и стационарные судебно-психиатрические экспертизы проводятся комиссиями, состоящими не менее чем из трех экспертов-психиатров. Правда, относительно амбулаторной экспертизы имеется оговорка (примечание к п. 18 Инструкции): "В тех местностях, где комиссия в составе трех психиатров не может быть создана, допускается комиссия в составе двух психиатров, а в исключительных случаях амбулаторная экспертиза может производиться

43

одним врачом-психиатром". Для стационарной экспертизы подобной оговорки нет. Следовательно, все стационарные экспертизы должны быть комиссионными. Судебно-психиатрические экспертизы в кабинете следователя и в зале судебного заседания могут производиться как единолично, так и комиссионно (п. 25 и 26 Инструкции). Обычно это единоличные экспертизы, например в судебное заседание вызывается, как правило, один из членов комиссии, давшей экспертное заключение в медицинском учреждении.

Экспертизы однородные и комплексные. Однородные экспертизы проводятся представителями одной отрасли науки, а комплексные – экспертами, которые



являются специалистами разных научных отраслей. Судебные психиатры обычно проводят комплексные экспертизы совместно с судебными психологами, судебными медиками, судебными сексопатологами.

Кроме того, в уголовном процессе по его стадиям и по органу, назначившему экспертизу, можно выделить: экспертизы на предварительном следствии и экспертизы в стадии судебного разбирательства; экспертизы, назначенные лицом, производящим дознание, следователем, прокурором, судом, судьей единолично.

В связи с этим следует обратить внимание на неполное совпадение понятий "экспертиза, назначенная судом" и "экспертиза, проводимая в суде". Назначенная судом экспертиза может быть проведена как в суде (в зале судебного заседания или в ином помещении суда), так и в медицинском учреждении. В последнем случае само проведение экспертизы (экспертных исследований) ничем не отличается от экспертиз, порученных экспертам медицинского учреждения следователем, хотя порядок назначения экспертизы следователем и судом различен. Данное обстоятельство значимо в том отношении, что для судебных психиатров "экспертиза в суде" есть экспертиза, судом назначенная и в суде проводимая, тогда как ст. 288 УПК "Производство экспертизы в суде", на которую при этом обычно ссылаются, имеет скорее более широкое содержание. Нормы этой статьи касаются прежде всего особого порядка назначения экспертизы в зале судебного заседания. Сами же экспертные исследования могут проводиться и вне суда (в медицинском учреждении).

В гражданском процессе судебно-психиатрическая экспертиза назначается только судом (судьей).

Специальная классификация. Существует несколько специальных классификаций судебно-психиатрических экспертиз. Наиболее 44

известная из них состоит в разделении этих экспертиз на амбулаторные, стационарные, в кабинете следователя, в суде, заочные и посмертные. Данная классификация содержится в учебниках и руководствах по судебной психиатрии, а также в Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы. Именно это обстоятельство придает приведенной классификации официальный характер.

Однако специальная классификация содержит, по сути, нескольких классификаций, построенных по разным основаниям и слитых затем в подобие единой классификации.

По месту проведения экспертных исследований судебно-психиатрические экспертизы можно разделить на проводимые в медицинском учреждении и вне его. К первым относятся амбулаторные и стационарные экспертизы.

Основная характерная черта амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы заключается в однократном характере психиатрического освидетельствования испытуемого (судебно-психиатрическое экспертное освидетельствование, т.е. освидетельствование как элемент судебно-психиатрической экспертизы, необходимо отличать от освидетельствования как следственного действия, предусмотренного уголовно-процессуальным законом, ст. 181 УПК). Судебно-психиатрическое освидетельствование состоит из экспертного опроса испытуемого и наблюдения за ним в ходе экспертных исследований. Освидетельствование как следственное действие заключается в осмотре обвиняемого, подозреваемого, свидетеля или потерпевшего для установления на их теле "следов преступления или особых примет". Это освидетельствование не имеет отношения к судебно-психиатрической экспертизе.

Однократность, непродолжительность амбулаторного освидетельствования служит подчас поводом для сомнений в надежности экспертных выводов. Но эти сомнения необоснованны. Дело в том, что даже в день амбулаторного

освидетельствования система исследовательских действий экспертов отнюдь не сводится к непродолжительному комиссионному обследованию испытуемого. Предварительно эксперты изучают все материалы дела, относящиеся к предмету экспертизы, включая медицинскую документацию, если таковая имеется. В день освидетельствования перед заседанием комиссии один из экспертов (врач-докладчик) опрашивает испытуемого и заносит данные психиатрического опроса в историю болезни. Ко времени собственно комиссионного освидетельствования эксперты обладают уже значительной по объему

45

информационной базой, достаточной для выдвижения основных экспертных гипотез. После комиссионного психиатрического освидетельствования эксперты совещаются между собой. В ходе совещания экспертов формулируются экспертные выводы. Таким образом, амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в целом складывается из системы разнообразных и достаточно продолжительных исследовательских действий. Возможности амбулаторной экспертизы не столь малы и позволяют на многие экспертные вопросы давать окончательный ответ.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза заключается в длительном наблюдении за испытуемым в условиях психиатрического стационара. При стационарной экспертизе, помимо клинических, применяются и лабораторные методы исследования. Срок стационарного обследования не должен превышать 30 дней. В случае невозможности вынести окончательное решение в этот срок экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока обследования. Копия решения направляется органу, назначившему экспертизу.

Экспертизы, проводимые вне медицинского учреждения. Экспертиза в кабинете следователя состоит в однократном психиатрическом обследовании испытуемого и (или) изучении материалов дела психиатром-экспертом. Экспертизу в кабинете следователя необходимо отличать от консультирования следователей судебными психиатрами. Консультирование – внепроцессуальное действие и на него не распространяются законодательные нормы, регулирующие порядок производства судебной экспертизы.

Экспертиза в суде (в судебном заседании) проводится обычно в тех случаях, когда судебно-психиатрическая экспертиза данного лица уже проводилась на предварительном следствии либо проводилась по определению суда, но в медицинском учреждении. Первичные судебно-психиатрические экспертизы в суде возможны, хотя на практике встречаются редко.

Помимо экспертиз, проводимых в медицинском учреждении (амбулаторных и стационарных), в том учреждении, где расположен орган, ответственный за производство по делу, и где ведется само это производство (в кабинете следователя, в зале судебного заседания), возможны также экспертизы "в ином месте". В качестве такого места может выступать территория следственного изолятора. Такого рода экспертизы по содержанию своей исследовательской деятельности практически не отличаются от амбулаторных экспертиз, проводимых в медицинском учреждении, поэтому

46

в самостоятельный вид судебно-психиатрической экспертизы амбулаторные экспертизы в следственном изоляторе не выделяются.

Одним из возможных видов судебно-психиатрических экспертиз по месту их проведения является экспертиза на дому у испытуемого, которого по состоянию здоровья крайне затруднительно, а в определенный момент, быть может, и невозможно доставить в медицинское учреждение (нетранспортабельность испытуемого). Подобного рода экспертизы получили распространение в судебно-психиатрической практике по гражданским делам (о признании гражданина недееспособным). Очевидно, не исключены они и в

уголовном процессе, например экспертиза потерпевшего, который находится у себя дома, прикованный к постели тяжелым недугом.

Данный вид судебно-психиатрических экспертиз прямо не предусмотрен законом или подзаконными нормативными актами, вместе с тем не противоречит ни одной из юридических норм, регулирующих порядок производства судебных экспертиз. Следовательно, его можно признать допустимым, но только для тех случаев, когда для такой экспертизы имеются достаточные основания.

Каждый вид экспертизы должен использоваться строго по назначению с учетом всех возможностей, которые он предоставляет. Если экспертный случай сложен и требует длительного стационарного наблюдения, то амбулаторным обследованием ограничиться нельзя, поскольку это чревато экспертной, а затем и судебной ошибкой. Необоснованное назначение стационарной экспертизы дает экспертам лишнюю и ненужную работу, увеличивает сроки экспертизы, а с ними и сроки производства по делу. Содержание в психиатрическом стационаре лица, в этом не нуждающегося, надлежит расценивать как серьезное нарушение прав этого лица.

По иному признаку производится деление судебно-психиатрических экспертиз на очные и заочные. Очные экспертизы предполагают обязательное психиатрическое освидетельствование испытуемого, заочные проводятся без такого освидетельствования и базируются только на изучении материалов дела. Заочные экспертизы, проводимые в отношении умершего лица, называются посмертными.

Заочные экспертизы назначаются в отношении лиц, которые по тем или иным причинам не могут быть освидетельствованы экспертами (например, лицо находится за пределами России).

47

Посмертные судебно-психиатрические экспертизы назначаются преимущественно по гражданским делам (для определения психического состояния завещателя во время составления им завещания). Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза возможна также в рамках уголовного дела, проводимого, например, с целью реабилитации умершего.

По процессуальному положению испытуемого все судебно-психиатрические экспертизы делятся в уголовном процессе на экспертизу обвиняемого (подозреваемого), экспертизу потерпевшего и экспертизу свидетеля, а в гражданском процессе на экспертизу лица, в отношении которого рассматривается вопрос о его дееспособности, экспертизу гражданского истца, экспертизу гражданского ответчика и экспертизу свидетеля, экспертизу гражданского истца, экспертизу гражданского ответчика, экспертизу свидетеля, экспертизу по признанию недействительности сделки (ст. 177 ГК). Часть вопросов, решаемых психиатрами-экспертами, специфична для каждого из перечисленных процессуальных субъектов. Вопрос о психических расстройствах, исключающих вменяемость, относится только к обвиняемому (подозреваемому), а вопрос о психических расстройствах, обуславливающих беспомощное состояние лица, – исключительно к потерпевшему. Влияние психических расстройств на возможность дачи показаний может устанавливаться применительно к свидетелю, потерпевшему и даже обвиняемому.

Наконец, последняя из классификаций судебно-психиатрических экспертиз – по предмету исследования. Это экспертизы, назначаемые при решении вопроса о вменяемости – невменяемости, беспомощном состоянии, способности к даче показаний и пр.

48

[41](#) :: [42](#) :: [43](#) :: [44](#) :: [45](#) :: [46](#) :: [47](#) :: [48](#) :: [Содержание](#)

[48](#) :: [49](#) :: [50](#) :: [51](#) :: [52](#) :: [53](#) :: [54](#) :: [55](#) :: [56](#) :: [57](#) :: [58](#) :: [59](#) :: [60](#) :: [Содержание](#)

3.3. Основания и порядок назначения

судебно-психиатрической экспертизы

Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

Согласно ст. 78 УПК, ст. 74 ГПК экспертиза назначается в случаях, когда при производстве по уголовному или гражданскому делу требуются специальные познания в науке, технике, искусстве или ремесле. Возникающая в ходе судопроизводства потребность в психиатрических познаниях служит фактическим основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы. Необходимость использования наряду с психиатрическими также смежных с ними

48

научных познаний является основанием для комплексных экспертиз (психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической и пр.).

Как правило, судебно-психиатрическая экспертиза назначается в связи с сомнениями в психической полноценности обвиняемого, подозреваемого, потерпевшего, свидетеля, гражданского истца и ответчика, а также лица, в отношении которого решается вопрос о его гражданской недееспособности. Сомнение в психической полноценности есть обоснованное предположение о наличии у лица психического расстройства, способного повлиять на юридически значимое поведение. В соответствии с п. 2 ст. 79 УПК проведение экспертизы обязательно "для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими". Пункт 3 этой же статьи предусматривает обязательность экспертизы "для определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания".

Пункт 2 ст. 79 УПК целиком относится к судебно-психиатрической экспертизе, п. 3 охватывает (в зависимости от обстоятельств, препятствующих даче показаний) разные виды экспертиз, включая судебно-психиатрическую, если способность к даче показаний нарушается психическим расстройством. Судебно-психиатрическая экспертиза обязательна по всем делам о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства (ст. 29 ГК, ст. 260 ГПК).

В указанных случаях судебно-психиатрическая экспертиза обязательна в силу прямого указания закона. Но она может потребоваться также для установления беспомощного состояния потерпевшего (например, по делам об изнасиловании – ст. 131 УК), по делам о признании недействительной сделки, совершенной гражданином, который в тот момент не мог понимать значение своих действий или руководить ими (ст. 177 ГК) и в ряде других случаев, когда возникает обоснованное предположение о наличии у субъекта юридически значимого психического расстройства.

Сомнение в психической полноценности должно быть именно обоснованным, т.е. вызываться действительно выявленными в ходе производства по делу фактическими обстоятельствами, среди которых можно выделить три основные группы.

49

К первой группе относятся прежде всего данные, согласно которым участник процесса в прошлом уже обследовался психиатром и тот диагностировал психическое расстройство. Это могут быть сведения, что лицо состояло (состоит) под наблюдением участкового психиатра, что лицо госпитализировалось и лечилось в психиатрической больнице, признавалось по психическому заболеванию негодным к военной службе, признавалось по другому делу невменяемым, находилось на принудительном психиатрическом лечении и т.п.



Ко второй группе обстоятельств, ставящих под сомнение психическую полноценность участника процесса, относятся данные об особенностях его поведения, которые являются возможными свидетельствами психической болезни. Речь идет о странном, неадекватном поведении (нелепых высказываниях и поступках, немотивированных приступах возбуждения и т.п.) либо о проявлениях психического расстройства, понимание болезненного характера которых не требует даже медицинских знаний (например, припадок). Эти сведения могут быть известны лицам, хорошо знавшим этого участника процесса или ставшим очевидцами отдельных эпизодов его неадекватного поведения.

Сведения о странностях в поведении гражданина могут содержаться в показаниях участвующих в деле лиц или в ходатайствах о назначении судебно-психиатрической экспертизы. Ходатайства вправе заявлять лица, имеющие самостоятельный процессуальный интерес (например, обвиняемый, потерпевший, истец, ответчик и их представители). Не наделен этим правом свидетель. Его деятельность в процессе ограничивается дачей показаний. Каждое заявленное ходатайство подлежит рассмотрению органом, ведущим производство по делу. Странности в поведении гражданина могут непосредственно наблюдать следователь и суд в ходе следственных (судебных) действий.

Третью группу обстоятельств составляют сообщения самого гражданина о своих болезненных переживаниях и субъективных ощущениях – об испытываемых им зрительных или слуховых галлюцинациях, крайне необычных ощущениях и т.п.

Вторая и третья группы обстоятельств (странности в поведении и жалобы на состояние собственного психического здоровья) особенно важны в случаях, когда гражданин ранее не попадал в поле зрения психиатра. Например, его заболевание носило скрытый (латентный) характер или началось совсем недавно. По результатам собранных доказательств следователь должен самостоятельно

50

прийти к убеждению о необходимости назначить судебно-психиатрическую экспертизу.

Важно иметь в виду, что фактическими основаниями для ее назначения служат обстоятельства, ставящие под сомнение психическую полноценность лица, т.е. установленные в ходе производства по делу объективно существующие факты, приведшие следователя (суд) к выводу о возможном наличии у данного лица психического расстройства. Иногда обвиняемый направляется на судебно-психиатрическую экспертизу только потому, что раньше уже подвергался психиатрическому обследованию или экспертизе по другому делу. Но в рассматриваемом случае важен не факт обследования, а его результат. Если у обследуемого в итоге выявлено психическое расстройство, то назначение экспертизы обосновано. Если же давалось заключение, что обследуемый психически здоров, то и оснований сомневаться в его психической полноценности нет.

Юридическими основаниями для проведения судебно-психиатрической экспертизы является постановление (определение) о ее назначении, вынесенное лицом, производящим дознание, следователем, прокурором, судом, судьей единолично. Решение вопроса о назначении судебно-психиатрической экспертизы должно сопровождаться выполнением определенной последовательности следующих действий, стадии.

Подготовка судебно-психиатрической экспертизы. При экспертизе на предварительном следствии подозреваемых и обвиняемых необходимо руководствоваться требованиями ч. 3 ст. 404 УПК, согласно которой "направление лица на судебно-психиатрическую экспертизу допускается лишь при наличии достаточных данных, указывающих, что именно это лицо



совершило общественно опасное деяние, по поводу которого возбуждено уголовное дело и ведется расследование". Данное положение, во-первых, служит гарантией от инкриминирования лицу деяний, которых он не совершал, во-вторых, недостаточные и противоречивые данные следствия о совершении преступления могут существенно затруднить экспертам решение сугубо судебно-психиатрических вопросов.

От качества подготовительной работы во многом зависят полнота и всесторонность экспертного исследования, надежность экспертных выводов. Целый ряд необходимых для успешного проведения экспертизы действий вправе совершать только орган, назначающий экспертизу, который не может перелagать их на

51

экспертов. Это прежде всего касается материалов, подлежащих экспертному исследованию. Самостоятельно собирать их эксперты неправомочны.

Подготовительная деятельность в немалой степени определяется характером оснований назначаемой экспертизы. Если среди оснований фигурируют сведения о нахождении лица под наблюдением психиатра, то необходимо истребовать медицинскую документацию из соответствующих психиатрических учреждений. Основным учреждением такого рода является психоневрологический диспансер (или кабинет) по месту жительства гражданина. Диспансер обслуживает население определенной территории (района, города и т.д.), именно в него наиболее часто обращаются пациенты за психиатрической помощью. В диспансере имеются также данные об оказании гражданину, проживающему на обслуживаемой территории, психиатрической помощи другими психиатрическими учреждениями, включая стационарные. Это служит важным источником для дальнейших поисков медицинской документации, которая по возможности подлежит истребованию из всех учреждений, где данному лицу когда-либо психиатрическая помощь оказывалась.

Истребуется и предоставляется экспертам также медицинская документация из наркологических учреждений, если имеются сведения, что данный гражданин проходил в них лечение от алкоголизма или наркомании. К наркологическим учреждениям относятся наркологические диспансеры (кабинеты) и наркологические стационары (больницы и отделения).

В отдельных случаях полезной для психиатра-эксперта бывает медицинская документация учреждений общесоматического профиля (поликлиник, больниц, медицинских пунктов и т.п.). Например, первичную психиатрическую помощь там, где нет поблизости психиатра, вынужден оказывать врач другой специальности. Его медицинские записи желательно предоставить экспертам-психиатрам. Гражданин мог госпитализироваться в общесоматическую больницу в связи с различными заболеваниями головного мозга - энцефалитом, инсультом, травмой черепа и т.д. Записи врачей соответствующей специальности (врачей-непсихиатров) отражают обычно все сколько-нибудь значительные проявления болезни, в том числе нарушения психики.

Истребованию подлежат подлинники медицинских документов в полном объеме (амбулаторная карта, история болезни и пр.). Копии этих документов, отдельные выписки из них истребуются лишь тогда, когда сам документ в силу объективных причин не

52

может быть представлен. Исключение из этого правила составляют лишь документы судебно-психиатрических экспертных отделений и комиссий. Здесь достаточно запросить копию акта судебно-психиатрической экспертизы. Подробное изложение в нем данных об испытуемом, экспертном исследовании и его результатах делает излишним обращение к другим материалам экспертного производства (именуемого в судебной психиатрии историей

болезни).

Кроме собирания медицинских документов, необходим допрос лиц, знавших данного гражданина, об особенностях его поведения. Это важно прежде всего в случаях, когда гражданин раньше не наблюдался у психиатра, а основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы послужили странности в его поведении. Однако и в случаях, когда гражданин уже обращался за психиатрической помощью и даже длительное время находился под психиатрическим наблюдением, такой допрос тоже необходим.

Любые показания о странностях, отклонениях от нормы в поведении обвиняемого должны быть уточнены и детализированы: на основании каких данных свидетель пришел к выводу о психическом расстройстве данного лица, в чем конкретно выражались его странности и т.п.

Сведения о поведении гражданина не должны быть отрывочными и хаотичными. Их необходимо собирать систематизированно и последовательно. Собирается информация о личности и поведении лица на протяжении всей его жизни. Повышенное внимание уделяется таким обстоятельствам, как перенесенные заболевания, характер взаимоотношений с окружающими, успеваемость и дисциплина в образовательном учреждении, выполнение своих обязанностей на работе, во время прохождения военной службы, семейное положение, употребление спиртных напитков, наркотических и иных одурманивающих веществ, совершение в прошлом правонарушений и преступлений, обращение за психиатрической помощью, пребывание на принудительном лечении и пр.

Особый интерес представляют периоды существенных изменений в поведении обследуемого, неожиданные, резкие перемены в его жизни. Например, внезапное и резкое ухудшение успеваемости; снижение показателей в работе (нарастающая профессиональная декавалификация, невозможность справляться с прежними служебными обязанностями, частые или труднообъяснимые увольнения и пр.); появление не свойственных ранее

53

субъекту грубости, озлобленности, конфликтности; эмоциональная холодность, черствость к родным и близким, отношения с которыми были когда-то дружественными и теплыми; утрата прежних интересов и увлечений; постоянное снижение социальной адаптации, нарастающая социальная дезорганизация и деградация личности.

Особое внимание следует обратить на период, относящийся к совершению преступления, сделки или иного юридического действия, по поводу которого ведется производство данного уголовного или гражданского дела. Показания относительно поступков, высказываний, внешнего вида субъекта (обвиняемого, потерпевшего, истца и пр.) в этот период должны быть собраны как можно более полно. Это позволит выявить возможные свидетельства нарушенной ориентировки лица в окружающем мире, недостаточного понимания им происходящего, утраты самоконтроля. Нужно установить, не было ли у него состояний немотивированного страха, растерянности, не был ли он чрезвычайно пассивным, безучастным к происходящему, полностью подчиняемым действиям других лиц и пр. Странности и нелепости поведения лица, наблюдаемые во время следственных (судебных) действий, должны быть кратко отражены в протоколе этого действия, а также в постановлении (определении) о назначении экспертизы.

После сбора необходимых для предстоящей экспертизы материалов следует еще раз оценить составляющие их доказательства – каждое в отдельности и всю совокупность. Это позволит упорядочить и систематизировать полученную информацию, оценить ее с точки зрения полноты, точности, непротиворечивости. Лишь по завершении такой работы материалы для экспертизы можно считать подготовленными.

Выбор экспертов и формы экспертизы. Приняв решение о необходимости

назначить судебно-психиатрическую экспертизу, следователь (суд) должен определить, каким психиатрам или сотрудникам какого судебно-психиатрического экспертного учреждения надлежит поручить ее производство. Причем согласно ст. 75 ГПК, ст. 185 УПК при выборе экспертов следователь (суд) должен учитывать мнение участников дела. В большинстве случаев экспертиза поручается членам судебно-психиатрической экспертной комиссии, обслуживающей данный регион.

Порядок назначения экспертизы в экспертном учреждении (ст. 187 УПК) и вне его (ст. 189 УПК) различен.

54

Процедура назначения экспертизы при ее проведении вне экспертного учреждения достаточно сложна. Следователь (суд) после вынесения постановления (определения) о назначении экспертизы вызывает лицо, которому она поручается, удостоверяется в его личности, специальности и компетентности, устанавливает его отношение к участникам процесса, а также проверяет, нет ли оснований к отводу. После этого эксперту вручается постановление следователя (или объявляется судебное определение) о назначении экспертизы. Ему разъясняются права и обязанности эксперта, он предупреждается об ответственности за дачу заведомо ложного заключения. О выполнении этих действий следователь дела делает отметку в постановлении о назначении экспертизы, которая удостоверяется подписью эксперта. В суде эксперт расписывается в протоколе судебного заседания или на специальном бланке, приобщаемом к протоколу.

При назначении экспертизы в экспертном учреждении следователь (суд) направляет постановление (определение) и материалы, необходимые для экспертизы, руководителю экспертного учреждения. Тот поручает ее производство своим сотрудникам. Функции руководителя экспертного учреждения в судебной психиатрии могут выполнять председатель судебно-психиатрической экспертной комиссии, руководитель судебно-психиатрического экспертного отделения, заместитель главного врача больницы или диспансера по экспертной работе, сам главный врач психиатрического учреждения, в составе которого организована судебно-психиатрическая экспертная комиссия. Руководитель экспертного учреждения разъясняет выбранным им экспертам их права и обязанности и предупреждает об ответственности за дачу заведомо ложного заключения, о чем отбирает у экспертов подпись, которая вместе с экспертным заключением будет направлена органу, назначившему экспертизу. По сложившейся в судебно-психиатрических учреждениях практике разъяснение дается лишь однажды, когда лицо становится сотрудником экспертного учреждения, а отметка о том, что эксперты предупреждены об ответственности, делается в самом экспертном заключении (акте экспертизы). Впервые по делу обычно назначают амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. Стационарные экспертные исследования необходимы по сути лишь тогда, когда эксперты лично убедились, что амбулаторных исследований для дачи ответа на поставленные вопросы недостаточно. Первичная стационарная экспертиза возможна, но необходимость в ней должна быть вызвана

55

действительно вескими причинами и основательно мотивирована в постановлении (определении) о ее назначении. В каждом таком случае следователю (суду) целесообразно предварительно проконсультироваться с самими экспертами. Но если следователь (суд) назначил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, то эксперты самостоятельно не могут ограничиться проведением амбулаторной экспертизы.

Направление в ходе предварительного следствия на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу обвиняемого или подозреваемого, не

содержащегося под стражей, допускается только с санкции прокурора или его заместителя (ст. 188 УПК).

Вынесение постановления (определения) о назначении экспертизы. После осуществления всех подготовительных действий для назначения экспертизы дознаватель, следователь, прокурор, судья выносят постановление, суд – определение о ее назначении. При этом учитываются требования, предъявляемые процессуальным законодательством к таким документам (ст. 184, 261, 288 УПК, ст. 74, 223, 224 ГПК). В соответствии с этими требованиями в постановлении (определении) необходимо указать: дату и место его составления; наименование лица или органа, назначившего экспертизу; номер уголовного или гражданского дела, по которому она назначена; фамилию, имя, отчество гражданина, направляемого на экспертизу, его процессуальное положение; основания для назначения экспертизы (обстоятельства, вызвавшие сомнение в психической полноценности); экспертов или экспертное учреждение, которым поручено ее проведение; вопросы, поставленные на разрешение экспертов; материалы, предоставленные экспертам; вид экспертизы (способ ее производства) – амбулаторная, стационарная, заочная, посмертная и пр.

В постановлении (определении) важно правильно сформулировать экспертное задание с помощью вопросов, подлежащих экспертному разрешению. Вопросы должны быть четкими, не допускающими неоднозначной трактовки, соответствовать закону и положениям психиатрической науки. Наиболее типичные основные вопросы:

Не страдал ли обвиняемый психическим заболеванием в период совершения правонарушения и не страдает ли им в настоящее время; если страдает, то каким?

Если обвиняемый страдал психическим заболеванием в момент правонарушения, то исключало ли это заболевание возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими, т.е. следует ли считать его вменяемым или невменяемым?

56

Не возникло ли психическое заболевание после совершения им правонарушения и может ли он участвовать в судебно-следственных действиях?

Если обвиняемый страдает (перенес) психическим заболеванием, то нуждается ли он в применении к нему принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и в каких именно?

Возможно ли по психическому состоянию участие обвиняемого в судебно-следственном процессе?

На разрешение экспертов могут быть заданы дополнительные вопросы, например:

Обоснованы ли заключения предыдущих судебно-психиатрических экспертиз?

Насколько мотивированы и достоверны установленные ранее диагнозы психических заболеваний в лечебных учреждениях?

Когда началось психическое заболевание, были ли приступы у направленного на судебно-психиатрическую экспертизу больного?

Были ли ремиссии (периоды временного улучшения) в клиническом течении психического заболевания испытуемого?

Каковы прогноз и возможность выздоровления больного, страдающего психическим заболеванием?

Постановление (определение) о назначении экспертизы является обязательным юридическим документом и не может быть заменено другим (сопроводительным письмом, списком вопросов экспертам и пр.).

Процессуальный порядок вынесения определения (постановления) в судебном



заседании и на предварительном следствии различен. В суде участники судебного разбирательства вправе обсуждать обстоятельства, относящиеся к назначаемой экспертизе (необходимость ее назначения, выбор экспертов или экспертного учреждения, отводы, материалы и объекты экспертного исследования и пр.). Затем участники судебного разбирательства вправе представить свои вопросы экспертам. Окончательно круг вопросов определяется судом. Отклонение им каких-то из представленных вопросов должно быть мотивировано (ст. 288 УПК, ст. 74, 75 ГПК).

На предварительном следствии постановление о назначении экспертизы составляется дознавателем, следователем или прокурором без чье-либо участия. Однако с постановлением должен быть ознакомлен обвиняемый. Он вправе реализовать предусмотренные

57

ст. 185 УПК права, а именно: заявить отвод эксперту, просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц, представить эксперту дополнительные вопросы. Часть 4 ст. 184 УПК содержит существенную оговорку, согласно которой постановление о назначении судебно-психиатрической экспертизы не объявляется обвиняемому, если его психическое состояние делает это невозможным.

О невозможности по психическому состоянию обвиняемого производить с его участием следственные действия следователь обязан составить протокол (ч. 4 ст. 404 УПК). В случаях, когда по указанным выше причинам обвиняемый не знакомится с постановлением о назначении судебно-психиатрической экспертизы, с постановлением знакомится защитник, участие которого в деле обязательно (ст. 405 УПК).

Сроки судебно-психиатрической экспертизы. Началом экспертизы следует считать момент поступления в распоряжение экспертов или в экспертное учреждение постановления (определения) о ее назначении и материалов, необходимых для исследования. Экспертизу следует считать оконченной, когда полностью оформленное и подписанное экспертами заключение направляется органу, по поручению которого она проводилась. На практике окончание экспертизы связывают обычно с моментом вынесения экспертного решения, т.е. с временем, когда эксперты определились с выводами и готовы приступить к составлению экспертного заключения. Чаще всего это время приходится на день заседания экспертной комиссии. Однако следователь или суд не могут считать экспертизу оконченной, пока у них нет возможности получить письменное экспертное заключение.

Срок амбулаторной экспертизы не должен превышать 20 дней с момента поступления в экспертную комиссию постановления (определения) о ее назначении со всеми необходимыми материалами до дня направления письменного экспертного заключения (акта экспертизы) и материалов дела следователю или суду. В срок производства амбулаторной экспертизы не включаются затраты времени, связанные с предоставлением экспертам дополнительных материалов, несвоевременным прибытием испытуемого, а также иные временные издержки, допущенные не по вине экспертов либо экспертного учреждения.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза начинается с момента доставки в экспертное учреждение постановления или определения о ее назначении, материалов уголовного или гражданского дела (для лиц, заключенных под стражу, и личного

58

дела арестованного), а также прибытия или доставки в стационар испытуемого.

В рамках стационарной судебно-психиатрической экспертизы существует два самостоятельных юридически значимых срока собственно экспертизы и пребывания испытуемого в стационаре (на экспертной койке). Их начало



совпадает, приходясь на момент стационарирования, но оканчиваются они одновременно. Так, необходимость пребывания испытуемого в стационаре отпадает, когда эксперты пришли к окончательным выводам. С этого времени испытуемый подлежит выписке, и срок стационарирования заканчивается, но не оканчивается экспертиза, поскольку письменное экспертное заключение еще не готово.

Время нахождения подэкспертного в стационаре, именуемое сроком стационарного испытания, определено Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы и не должно превышать 30 дней. При необходимости срок может быть продлен. Максимальный срок нахождения лица в стационаре в пределах одной экспертизы не установлен (он косвенно лимитирован процессуальными сроками – предварительного расследования, содержания под стражей и на практике исключительно редко превышает два-три месяца). Стационарная экспертиза заканчивается, когда составлено и подписано экспертное заключение.

Нормативными актами не определены сроки заочных и посмертных экспертиз. Учитывая особенности последних, нужно признать, что они не должны превышать предельного срока амбулаторной экспертизы, т.е. 20 дней, исключая задержки, происшедшие не по вине самих экспертов.

Экспертиза в кабинете следователя должна быть рассчитана на "разовое" присутствие там эксперта. Если экспертиза растягивается на срок свыше одного дня, то в большинстве случаев это прямое показание к ее проведению в медицинском учреждении.

В суде срок судебно-психиатрической экспертизы обусловлен временем, которое требуется эксперту для изучения материалов, заслушивания показаний, относящихся к предмету экспертизы, наблюдения за испытуемым в зале суда и его экспертного освидетельствования в перерыве судебного заседания (в одном из предоставленных для этой цели помещений суда).

Эксперт вправе просить суд об ограничении его присутствия в судебном заседании временем, необходимым для проведения исследований и дачи заключения. Суд выносит соответствующее решение, заслушав по этому поводу мнения участников судебного разбирательства (п. 15 постановления Пленума Верховного

59

Суда СССР "О судебной экспертизе по уголовным делам" от 16 марта 1971 г. № 11).

60

---

1 См.: Бюллетень Верховного Суда СССР. – 1971.

[48](#) :: [49](#) :: [50](#) :: [51](#) :: [52](#) :: [53](#) :: [54](#) :: [55](#) :: [56](#) :: [57](#) :: [58](#) :: [59](#) :: [60](#) :: [Содержание](#)  
[60](#) :: [61](#) :: [62](#) :: [63](#) :: [Содержание](#)

#### 3.4. Заключение судебно-психиатрической экспертизы

Заключение экспертов-психиатров является доказательством по уголовному и гражданскому делу. Процессуальное законодательство упоминает в перечне доказательств "заключение эксперта" (ч. 2 ст. 69 УПК) и "заключения экспертов" (ч. 2 ст. 49 ГПК), поэтому на него в полной мере распространяются требования ст. 191 УПК и ст. 77 ГПК.

Заключение, составляемое психиатрами-экспертами, называют обычно актом судебно-психиатрической экспертизы, а заключением – выводы, к которым пришли эксперты в результате исследования.

В экспертном заключении выделяют обычно три части: вводную, исследовательскую и заключительную. Поскольку судебно-психиатрическая экспертиза обладает определенной спецификой, ведомственные методические указания по составлению акта (заключения) судебно-психиатрической экспертизы предусматривают не три, а пять его частей: введение; сведения о

прошлой жизни испытуемого (анамнез); описание физического, неврологического и психического состояния испытуемого; мотивировочная часть; заключительная часть.

В вводной части необходимо указать: наименование документа, его номер и дату составления; форму (способ проведения) экспертизы – амбулаторная, стационарная, заочная и т.д.; фамилию, имя, отчество испытуемого и год его рождения; статью (статьи) УК, по которой обвиняется испытуемый, с краткой характеристикой инкриминируемого ему деяния или деяний (для подозреваемого, обвиняемого, подсудимого) либо краткую характеристику дела, в рамках которого назначена экспертиза (для испытуемых, занимающих иное процессуальное положение); наименование медицинского учреждения или другого места, в котором проводилась экспертиза; сведения об эксперте (экспертах) – должность, врачебная категория, а также ученая степень или ученое звание, если они имеются; кто, когда и в связи с чем назначил экспертизу; сведения о лицах, присутствовавших при ее производстве; вопросы, поставленные перед экспертами.

60

Если формулировка вопроса экспертам непонятна, они должны заявить ходатайство перед органом, назначившим экспертизу, с просьбой дать необходимые разъяснения. При неудовлетворении ходатайства эксперты вправе не отвечать на такой вопрос. Если же редакция вопроса не соответствует положениям современной психиатрической науки, но в его содержании эксперты не сомневаются, то ответ формулируется в соответствии с положениями современной психиатрии.

В анамнезе отражаются существенные, с точки зрения психиатра-эксперта, данные о прошлой жизни испытуемого: его патологической наследственности (психических заболеваниях родителей и других близких родственников), особенностях формирования его личности, перенесенных заболеваниях, о наиболее значимых в судебно-психиатрическом аспекте биографических сведениях. Отмечаются интересующие психиатра особенности поведения испытуемого и его взаимоотношения с другими людьми, совершение им в прошлом правонарушений.

Если испытуемый наблюдался у психиатра по поводу психического расстройства, то необходимо подробно изложить сведения об этом расстройстве, его социальных и юридических последствиях, применявшихся медицинских мерах (диагноз, виды оказываемой психиатрической помощи, проводившееся лечение, установление инвалидности, направление на судебно-психиатрическую экспертизу по другому делу, признание невменяемым или недееспособным, применение принудительных мер медицинского характера и пр.).

Эксперты должны указать источник всех приведенных ими в акте анамнестических данных, например: сведения взяты со слов испытуемого (так называемый субъективный анамнез), почерпнуты из протоколов допросов, медицинских или иных документов, приобщенных к материалам дела. При этом обязательна точная ссылка на конкретный источник. Так, при ссылке на свидетельские показания указываются фамилия свидетеля и листы уголовного дела с протоколом его допроса.

В третьей части (описание физического, неврологического и психического состояния), часто называемой для краткости статусом, описываются данные наружного осмотра, состояние внутренних органов, признаки поражения центральной нервной системы, приводятся результаты лабораторных исследований и иные данные, характеризующие соматическое и неврологическое состояние

61

обследуемого лица и свидетельствующие о наличии или отсутствии в этой сфере патологических изменений.

Описание психического состояния испытуемого во время производства экспертизы (психический статус) обычно рассматривается как центральная часть акта и включает данные об ориентировке испытуемого в месте, времени, окружающем, собственной личности, его доступности контакту, понимании целей направления на экспертизу. Здесь же находят отражение все сколь угодно значимые особенности поведения подэкспертного (действия, высказывания, мимические реакции и пр.), по которым можно судить о состоянии его психики – восприятия, мышления, памяти, эмоционально-волевой сферы. Отмечается отношение испытуемого к инкриминируемому ему деянию (для обвиняемых) либо к другим юридическим действиям, являющимся предметом рассмотрения по делу.

Особое внимание уделяется выявленным признакам психического расстройства. Они должны быть зафиксированы подробно и четко и вместе с тем носить описательный, а не оценочный характер. Медицинские квалификации и оценки даются в последующих частях акта. Подробного описания требуют проявления симуляции, если они обнаружены в ходе экспертного исследования.

Мотивировочная и заключительная части акта состоят из выводов, содержащих ответы на поставленные экспертам вопросы, и обоснования этих выводов. Здесь же приводятся выводы, сформулированные экспертами в порядке реализации ими права экспертной инициативы.

Экспертное заключение должно быть написано языком, понятным лицам, не обладающим психиатрическими познаниями, а специальная терминология – по возможности разъясняться (например, тремор – дрожание, фобии – навязчивые страхи и опасения).

Акт (заключение) подписывается всеми экспертами, проводившими экспертизу, и удостоверяется печатью медицинского учреждения, в котором она проводилась. Заключение, составляемое в кабинете следователя, подписывается экспертом (экспертами) и приобщается к делу следователем. При экспертизе в судебном заседании эксперт оглашает подписанное им письменное заключение, которое приобщается к делу судом.

Заключение экспертов-психиатров, как и всякое доказательство, подлежит оценке дознавателем, следователем, прокурором, судом (ст. 71 УПК, ст. 56 ГПК). При оценке экспертного заключения анализируется его внутренняя структура, а также соответствие

62

его выводов другим доказательствам, собранным по данному делу. Оценивая экспертное заключение, следователь (суд) обязан:

проверить соблюдение процессуально-правового порядка подготовки, назначения и проведения экспертизы;

проверить, достаточна ли научная квалификация экспертов для ответа на поставленные вопросы, и не вышли ли эксперты за пределы своих специальных познаний;

убедиться в полноте экспертных исследований и экспертного заключения;

оценить научную обоснованность методов экспертного исследования и экспертных выводов;

оценить содержащиеся в заключении доказательства с точки зрения их относимости, допустимости и места в системе других доказательств.

Оценив экспертное заключение, следователь (суд) либо признает его выводы полными и достоверными, а установленные экспертами доказательства кладет в основу принимаемых решений, либо назначает новую экспертизу.

В ряде случаев оценить экспертное заключение, а также устранить возникающие в ходе его оценки сомнения помогает допрос эксперта (ст. 192, 289 УПК, ст. 180 ГПК). С помощью допроса можно дополнить экспертное заключение при условии, что это не потребует от эксперта дополнительных исследований (иначе необходима дополнительная экспертиза).

63

[60 :: 61 :: 62 :: 63 :: Содержание](#)

[63 :: 64 :: 65 :: 66 :: 67 :: 68 :: 69 :: 70 :: 71 :: 72 :: 73 :: 74 :: Содержание](#)

3.5. Особенности отдельных видов  
судебно-психиатрических экспертиз

В последние годы широко вошли в практику экспертных решений и применяются в уголовном и гражданском процессах при проведении посмертных и заочных экспертиз комплексные экспертизы. Так, Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы предусматривается возможность комплексных экспертных заключений, когда для решения вопроса о психическом состоянии испытуемого и определении степени выраженности психических расстройств необходимо компетентное заключение специалистов других смежных дисциплин. Название той или иной комплексной экспертизы определяется характером и специальностью участвующих при ее проведении специалистов.

Наиболее часто комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза назначается обвиняемому, совершившему преступление

63

в состоянии аффекта (см. ст. 107, 113 УК). Поводом для назначения экспертизы, как правило, служат особенности поведения обвиняемого при совершении общественно опасного деяния: неожиданность поступков, появление не свойственных ранее форм поведения, жестокость, не соответствующая поводу, а также данные о конфликтной ситуации перед преступлением. Целью экспертизы является установление у обвиняемого наличия или отсутствия временного расстройства психической деятельности (компетенция психиатра-эксперта), физиологического аффекта (нормальной, но чрезвычайно сильной эмоциональной реакции) или иных эмоциональных состояний (компетенция эксперта-психолога) в момент совершения преступления.

Сложность экспертной оценки аффективных реакций и связанная с ней частота расхождения экспертных заключений обусловлены рядом причин и прежде всего важностью разграничения сочетания в аффективном деликте нормально-психологических и патологических механизмов. Аффективная реакция в момент совершения правонарушения может возникнуть как у психически здорового лица, так и у лиц с различными нарушениями психической деятельности, сохраняя при этом свойства нормальной психологической реакции (физиологический аффект, эмоциональное возбуждение, оказывающее существенное влияние на поведение), или приобретает форму временного расстройства психической деятельности (патологический аффект).

В компетенцию комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних с признаками психических аномалий входит установление индивидуально-психологических особенностей, получивших отражение в его поведении при совершении конкретных противоправных действий. Поводом для назначения комплексных экспертиз могут быть данные о психических аномалиях, внешняя безмотивность поступков, немотивированное изменение показаний. Данные психолого-психиатрического исследования могут быть использованы для выяснения обстоятельств, имеющих значение для дела, в том числе личностных особенностей обвиняемого, уточнения психологических мотивов поведения.

В уголовном процессе предметом комплексной психолого-психиатрической экспертизы могут быть свидетели и потерпевшие. В компетенцию психиатра-эксперта входит установление наличия или отсутствия нервно-психических расстройств у обследуемого лица, а психолог-эксперт устанавливает способность лица с указанными видами патологии правильно воспринимать

64

обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них верные показания, а также адекватно понимать характер и значение совершенных в отношении него действий.

Комплексная судебная медико-психиатрическая экспертиза назначается в случаях, когда речь идет об определении тяжести телесных повреждений, повлекших психические нарушения у потерпевших.

Такого вида комплексная экспертиза предусмотрена п. 21 приложения 2 к приказу Минздрава России от 10 декабря 1996 г. № 407, согласно которому "...эксперт должен определить влияние травмы на заболевание (обострение заболевания, переход его в более тяжелую форму и т.п.). Этот вопрос целесообразно решать комиссией экспертов с участием соответствующих специалистов клинического профиля".

Комплексные экспертизы в гражданском процессе в последние годы получили достаточно широкое распространение. Предметом этой экспертизы могут быть истцы и ответчики при очном освидетельствовании. Экспертиза в таких случаях проводится по общим правилам, изложенным выше, с участием, в основном, психиатров-экспертов и психологов-экспертов.

Особого внимания заслуживает рассмотрение возможности комплексных экспертиз с участием различных специалистов при проведении посмертных экспертиз, когда оценивается состояние лиц, при жизни совершивших гражданские акты (купли-продажи, дарения, завещания, вступление в брак и т.д.), оспариваемые в гражданском процессе. Исходя из сложностей диагностики при посмертных судебно-психиатрических экспертизах, в последние годы к участию в подобных экспертизах привлекаются специалисты ряда смежных дисциплин.

Наиболее часто в судебно-психиатрической практике возникает необходимость комплексного анализа материалов гражданского дела и медицинской документации с участием психологов и невропатологов.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая посмертная экспертиза проводится в тех случаях, когда оценивается психическое состояние лица в момент совершения гражданских актов, не обнаруживающего психотического уровня психических нарушений. При этом психиатр-эксперт оценивает синдромологический уровень психических нарушений и его глубину, а перед психологом-экспертом ставятся вопросы о личностных особенностях исследуемого лица и их влияние на принятие решения, наличие

65

или отсутствие повышенной внушаемости и пассивной подчиняемости влиянию окружающих.

Органическая патология, развивающаяся при многих заболеваниях головного мозга и инфекциях, ее выраженность и динамика во многом определяются локализацией органического процесса в головном мозге и его распространенностью. Кроме того, мозговые органические поражения могут создавать основу, на которой возникают различные болезненные состояния и атипично протекают соматические заболевания. При посмертных экспертизах возникает необходимость в оценке психического состояния лица, при жизни страдавшего опухолями мозга как первичными, так и метастазами в мозг при других локализациях опухолей.

Участие невропатолога, в компетенцию которого входит диагностика такого рода нарушений, в ряде случаев необходима для более точной диагностики локализации процесса, а следовательно, и характера психических расстройств. Совместные с участием невропатолога экспертизы иногда проводятся также при оценке острого постинсультного состояния, острого периода черепно-мозговой травмы и некоторых других случаев.

Злокачественные опухолевые заболевания как головного мозга, так и других органов, сопровождаются интоксикацией, связанной с влиянием продуктов распада опухоли на организм. Интоксикация оказывает влияние на общее



состояние больных и на психические функции (осмысление ситуации, оценка прогноза своего состояния, интеллектуально-мнестические функции и т.д.). На характер психических нарушений влияет и вид проводимого лечения, в том числе применение наркотикосодержащих препаратов в различных дозах. При проведении посмертных экспертиз лицам, при жизни страдавшим онкологическими заболеваниями, может быть приглашен врач-онколог, а иногда нарколог.

Посмертная экспертиза нередко проводится с участием врача-эндокринолога лицам, при жизни страдавшим сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями. Диапазон психических расстройств при этих заболеваниях достаточно широк – от легких неврозоподобных нарушений до состояний помрачения сознания (коматозные состояния, связанные с повышенным или пониженным содержанием сахара в крови, и др.).

Комплексные судебно-психиатрические экспертизы с участием терапевта могут проводиться в тех случаях, когда у лиц, страдающих различными соматическими заболеваниями, появляются

66

психические нарушения в форме либо симптоматических психозов, либо депрессивных реакций. Диагностика психозов при соматических заболеваниях является компетенцией психиатров-экспертов. Оценка глубины и выраженности депрессивных поражений требует соотнесения их с тяжестью и типом течения соматического заболевания (туберкулез, заболевания почек, различных оперативных вмешательств и т.д.), которые оцениваются врачом-терапевтом.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших. Показания свидетелей и потерпевших на предварительном и судебном следствии являются одним из важных доказательств в уголовном процессе. Однако свидетельские показания, даже данные психически здоровыми лицами, иногда оказываются недостаточно полноценными и противоречат действительности. Это может зависеть от эмоционального состояния свидетеля и потерпевшего, сохранности его долгосрочной памяти, механизмов восприятия и воспроизведения событий, индивидуально-личностных особенностей (склонности к реакциям торможения или растерянности в экстремальных ситуациях), его активного нежелания раскрыть какие-то обстоятельства и ряда других факторов.

При судебно-психиатрической экспертизе свидетелей и потерпевших не оценивается достоверность и содержание показаний, а констатируется психическое состояние лица (свидетеля или потерпевшего) на предмет способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

По существу речь идет о процессуальной дееспособности этих участников уголовного процесса. Указанная способность во многом может зависеть от характера личности потерпевшего или свидетеля. Так, лица с тормозимыми чертами характера, в связи с присущей им робостью, застенчивостью, нерешительностью, склонностью к реакциям растерянности, страха перед публичными выступлениями в судебном заседании, не проявляют всех своих способностей и не могут эффективно защитить себя. Оценка указанных неболезненных индивидуально-психологических особенностей психики проводится психологом. Все это свидетельствует о необходимости комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, при которых констатируется не только психическое здоровье потерпевшего, но и влияние неболезненных черт характера на его поведение в криминальной и судебно-следственной ситуации.

67

Экспертное заключение приобретает особую актуальность, если речь идет о потерпевших с психической патологией, которые иногда являются

единственными очевидцами происшедшего, чаще всего по половым правонарушениям.

Широкий диапазон процессуальных функций потерпевшего и разнообразие психической патологии, рассматриваемой в динамике, требуют дифференцированного экспертного заключения. В отношении свидетелей обычно решается один вопрос: может ли данное лицо правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания? В то же время в отношении потерпевших круг решаемых вопросов значительно шире. Например, у больных с умственной отсталостью имеются разнообразные психические нарушения, и потому наименьшие сложности в экспертном решении представляют крайние варианты. При глубокой дебильности, граничащей с имбецильностью, интеллектуальные и волевые расстройства выражены столь глубоко, что такие потерпевшие не способны правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания, не понимают характер и значение совершенных в отношении них деяний, не могут осуществлять свои процессуальные функции.

Наибольшую сложность в оценке представляют больные с пограничной умственной отсталостью. Интеллектуальное недоразвитие их выражено незначительно, ограничивается малым запасом знаний, примитивностью суждений, у них не выявляются выраженные эмоционально-волевые расстройства, патологическая внушаемость и подчиняемость, они хорошо адаптированы в жизни и могут правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания, понимать характер и значение совершенных в отношении них противоправных деяний.

Больные с промежуточными вариантами умственной отсталости, в зависимости от глубины расстройств, могут воспринимать полностью обстоятельства происшедшего или лишь внешнюю сторону, понимать характер и не понимать значения совершенных с ними действий (с учетом социальных, этических и личностных последствий).

Важным аспектом экспертной оценки являются и психогенные расстройства у потерпевших, которые нередко возникают как реакция на причиненный моральный и материальный вред, ущерб здоровью или половые посягательства. В момент преступления эти лица обычно психически здоровы и обнаруживают легкие психические расстройства, которые не могут оказать

68  
влияния на возможность правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания. Психогенные расстройства различной глубины, развившиеся в период судебно-следственной ситуации, могут препятствовать участию этих лиц в судебно-следственных мероприятиях на период болезни. Психогенные расстройства также должны быть учтены при оценке тяжести телесных повреждений.

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних (СПЭН). Экспертиза несовершеннолетних отличается от экспертизы обвиняемых как по содержанию вопросов, которые ставятся перед экспертами, так и по особенностям оформления экспертного заключения. Однако основные принципы экспертной оценки психического состояния обвиняемых, потерпевших, свидетелей и осужденных не отличаются друг от друга.

Главным принципом судебно-психиатрической оценки несовершеннолетних является положение о единстве юридического и медицинского критериев применительно к предмету экспертизы (психическое состояние лица в конкретной юридически значимой ситуации). Этот принцип полностью выдерживается при наличии у несовершеннолетнего психических расстройств.

Основное значение приобретает экспертная оценка по степени выраженности психических расстройств и нарушений психического развития. При этом

должна учитываться содержательная характеристика юридического критерия, в результате которой возникает возможность не только традиционных (альтернативных), но и промежуточных решений (например, неспособность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими). Даже короткие временные отрезки могут характеризоваться значительными качественными изменениями уровня социализации личности несовершеннолетнего, степени выраженности инфантильности, сформированное™ психопатических структур, психопатологической завершенности симптоматики. Это обуславливает необходимость назначать СПЭН как можно раньше, приближая ее тем самым к моменту правонарушения.

Комплексность обследования предусматривает участие в СПЭН специалистов смежных дисциплин, знакомых с особенностями психофизиологического функционирования в подростковом возрасте (психолог, эндокринолог, сексопатолог, судебно-медицинский эксперт).

В рамках любых нозологических форм должен оцениваться патологический пубертатный криз подростка как этап динамики

69

его развития. Это состояние может проявляться относительно автономно (вне рамок какой-либо нозологии), но с судебно-психиатрической точки зрения его следует расценивать как "временное болезненное расстройство психики".

Наибольшая сложность диагностики связана с тем, что в подростковом возрасте психопатологические переживания, даже при их сверхценном характере, остаются очень часто аутистическими и недостаточно осознанными (психологически переработанными). Это рождает необходимость активного выявления симптоматики, для чего важны профессионализм и способность устанавливать доверительные отношения с несовершеннолетним. Эти основные положения диагностики и экспертной оценки должны находить отражение в мотивировочной части экспертного заключения, так, чтобы она носила доказательственный характер. Учет всех перечисленных выше принципов необходим для обоснованной судебно-психиатрической оценки, выбора мер медицинского и медико-психологического характера, а также для решения практически любых социальных вопросов подросткового возраста (возможность обучения, профессиональная ориентация, годность к службе в армии и пр.).

Организация СПЭН – это широкий круг мероприятий, направленных на обеспечение адекватной социально-правовой и медицинской защиты подростка-правонарушителя. Они должны отвечать следующим условиям: соблюдение законности, законодательных и нормативных документов (актов); обоснованность направления несовершеннолетнего на освидетельствование ; адекватность выбора вида экспертизы;

квалифицированность специалистов, участвующих в производстве СПЭН; использование надежных критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки;

адекватность рекомендуемых медицинских мер и т.д.

Проводить СПЭН может лишь психиатр, имеющий специальную подготовку в области подростковой судебной психиатрии. Участвующий в производстве СПЭН психолог должен иметь специализацию по подростковой психопатологии. Он обладает всеми правами судебного эксперта и подписывает акт (заключение) экспертизы. Законный представитель несовершеннолетнего вправе принимать участие в проведении его освидетельствования, но

70

при совершении представителем действий, существенно затрудняющих проведение экспертизы, эксперты могут письменно ходатайствовать (перед органом, назначившим экспертизу) об отказе законному представителю в

указанном праве.

Экспертиза несовершеннолетних должна быть преимущественно комплексной с широким привлечением подростковых специалистов (сексопатолога, психоэндокринолога, педагога, подросткового специалиста по трудовой и военной экспертизам и пр.), для подследственных и осужденных рекомендуется по возможности стационарная СПЭН, для потерпевших и свидетелей целесообразно амбулаторное освидетельствование, но в случае затруднения в диагностике или экспертной оценке закономерно изменение вида экспертизы на стационарную.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних (КСППЭН). Основные задачи КСППЭН обвиняемых вытекают из положений ст. 392 УПК, согласно которым "при наличии данных об умственной отсталости несовершеннолетнего, не связанной с душевным заболеванием, должно быть выявлено также, мог ли он полностью сознавать значение своих действий. Для установления этих обстоятельств должны быть допрошены родители несовершеннолетнего, его учителя и воспитатели и другие лица, могущие дать нужные сведения, а равно истребованы необходимые документы и проведены иные следственные и судебные действия".

В соответствии с МКБ-10 медицинское понятие "умственная отсталость" имеет собирательное значение, объединяющее различные по происхождению формы психической патологии. В числе разновидностей умственной отсталости выделяются тяжелые олигофренические формы, связанные с влиянием различных биологических (генетических, органических, интоксикационных, обменных и др.) факторов, а также формы, обусловленные влиянием неблагоприятных социально-культурных факторов: неправильным воспитанием, педагогической запущенностью, отрицательными соматическими и психогенными влияниями, недостаточностью органов чувств (дефектами зрения, слуха и др.).

Изложенные аргументы и проведенное сопоставление различных аспектов содержания понятия "умственная отсталость" позволяет сделать два вывода: понятие "умственная отсталость" в медицине, юриспруденции и в психологии учитывает причинное влияние как социально-психологических, так и биологических патогенных факторов. Практически во всех случаях умственная отсталость может быть предметом компетентного совместного рассмотрения экспертом-психологом и экспертом-психиатром. КСППЭН – наиболее адекватная форма такого рассмотрения и оценки;

71

юридическое понятие "умственная отсталость" не сводится лишь к интеллектуальному недоразвитию, но включает и признаки нарушения, задержки личностного развития. В полном, широком значении оно соответствует понятиям "психическая отсталость", "общее недоразвитие личности". Такое толкование позволяет использовать для диагностики умственной отсталости не только данные об интеллектуальном развитии несовершеннолетнего, но и сведения о степени сформированности у него мотивационно-потребностной и эмоционально-волевой сфер, об уровне функционирования морального и правового сознания, стадии развития самосознания. Тем самым обосновывается возможность применения для решения экспертных задач в качестве критериев общей психической (личностной и интеллектуальной) зрелости широкого круга данных медицинской, возрастной и педагогической психологии.

Правильная диагностическая квалификация умственной отсталости дает возможность не только составить представление о природе задержки психического развития, но и определить ее глубину. Окончательная оценка тяжести умственной отсталости опирается на анализ структуры и динамики психических аномалий. Идиотия и имбецильность всегда предопределяют

невменяемость. Экспертная оценка дебильности зависит от степени ее выраженности (легкой, умеренной или глубокой), характера актуальных сдвигов (декомпенсация состояния, психогенные наслоения и реакции, опьянение, аутохтонные или психопровоцированные дистимические или дисфорические расстройства) и требований конкретной ситуации. Тотальность, относительная стабильность и сравнительно равномерное недоразвитие уровня познавательных процессов, прежде всего отвлечения и обобщения (абстрактного мышления), скудный запас знаний, умений и представлений, неразвитость и бедность речи, преобладание речевых штампов, неточное, неверное, неосмысленное употребление слов свидетельствуют в пользу выраженности дебильности. На это также указывают признаки общей задержки личностного развития: примитивность, ограниченность интересов витальными потребностями, недифференцированность эмоций, подражательность в поведении, пассивная подчиняемость, патологическая внушаемость. Таким образом, учет личностного недоразвития и эмоционально-волевых расстройств в его структуре наряду с проявлениями дефицитарности

72

интеллектуальных функций является важнейшим показателем меры способности несовершеннолетних обвиняемых с умственной отсталостью к осознанию значения своих действий и руководству ими.

При проведении КСППЭН необходимо определить степень отклонения реального уровня развития подэкспертного от возрастных стандартов, т.е. его "психологического возраста", нередко не совпадающего с физиологическим возрастом. В то же время сама по себе диагностика возрастного периода даже тогда, когда она может быть выполнена методологически и методически корректно (в случае умственной отсталости, обусловленной педагогической запущенностью), еще не дает подробного ответа на вопрос о мере способности несовершеннолетнего руководить своими действиями и полноте их осознания. В сравнительно простых ситуациях рефлексия и саморегуляция у него могут оказаться актуально достаточными, в других, более сложных, будут неполными. Диагностика отклонения от нормы соответствующего возрастного периода дает лишь общий ориентир, но не предпрещает экспертной оценки. Последняя выполняется обязательно с учетом внешних (сложность ситуации) и внутренних (динамические состояния личности, например, аффект) условий совершения инкриминируемых деяний.

КСППЭН призвана путем специальных исследований дать следующие ответы: несовершеннолетний в полной мере мог сознавать значение своих действий и руководить ими;

несовершеннолетний не в полной мере мог сознавать значение своих действий и руководить ими;

несовершеннолетний не мог сознавать значение своих действий и руководить ими.

Последний вариант ответа по существу совпадает с признанием несовершеннолетнего при наличии психической патологии также невменяемым, так как формулировки "не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими" (ч. 3 ст. 20 УК) и "способность сознавать значение своих действий" (ст. 392 УПК) по смыслу практически эквивалентны. Первый и второй варианты ответов у несовершеннолетних обвиняемых с пограничной психической патологией, не исключающей вменяемости (ст. 22 УК), должны рассматриваться и выноситься как конкретизация состояния вменяемости. Только при таком подходе альтернативы ответов, возможные при определении

73

вменяемости – невменяемости (мог или не мог субъект отдавать себе отчет в



своих действиях), могут быть согласованы и непротиворечиво увязаны с тремя более дифференцированными вариантами экспертной оценки, допустимой в отношении лиц 14-18 лет.

При проведении КСППЭН в обязанности эксперта-психиатра входят диагностика формы и вида умственной отсталости, определение структуры и динамики интеллектуального дефекта, соответствующего медицинским критериям ст. 20 УК, оценка его тяжести и степени общей личностной измененности несовершеннолетнего обвиняемого.

К обязанностям эксперта-психолога относится установление содержательных особенностей и степени зрелости психических (интеллектуальных и личностных) структур несовершеннолетнего, определение уровня функциональной организации и потенциальных возможностей их динамики, диагностика периода и фазы возрастного развития несовершеннолетнего обвиняемого (при отсутствии выраженной психической патологии).

В совместную компетенцию экспертов могут быть включены анализ социальной ситуации развития и ситуации правонарушения, оценка меры возможности несовершеннолетнего обвиняемого с признаками умственной отсталости сознавать значение своих действий и руководить ими.

74

[63](#) :: [64](#) :: [65](#) :: [66](#) :: [67](#) :: [68](#) :: [69](#) :: [70](#) :: [71](#) :: [72](#) :: [73](#) :: [74](#) :: [Содержание](#)  
[75](#) :: [76](#) :: [77](#) :: [78](#) :: [79](#) :: [80](#) :: [81](#) :: [82](#) :: [83](#) :: [84](#) :: [Содержание](#)

---

|                       |   |              |        |            |
|-----------------------|---|--------------|--------|------------|
| Глава                 |   |              |        | 4          |
| Понятие               | и | правовые     | основы | применения |
| мер                   |   | медицинского |        | характера  |
| в судебной психиатрии |   |              |        |            |

#### 4.1. Понятие и виды мер медицинского характера

К лицам с хроническими душевными заболеваниями, временными расстройствами душевной деятельности, слабоумием или иными болезненными состояниями, совершившим общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законом, могут применяться как принудительные меры медицинского характера, назначаемые судом, так и иные медицинские меры, осуществляемые органами здравоохранения в общем порядке в соответствии с законодательством о здравоохранении. Применение принудительных мер медицинского характера конкретизировано в гл. 15 УК.

Меры медицинского характера – это назначаемые судом в отношении лиц, имеющих психические расстройства (или больных алкоголизмом или наркоманией) и совершивших общественно опасные деяния, специальные меры, направленные на излечение указанных лиц или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных Особенной частью УК.

Меры медицинского характера подразделяются на принудительные и иные.

Принудительные меры медицинского характера являются разновидностью медицинских мер, применяемых к психически больному без его согласия или согласия его законных представителей.

Виды принудительных мер медицинского характера (ст. 99 УК):

- а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

75

- г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Иные меры медицинского характера предусматривают лечение больных в

психиатрической больнице на общих основаниях, передачу больных на попечение родственников или опекунов, если таковые имеются, при обязательном наблюдении психоневрологических диспансеров по месту жительства. Они также назначаются определением суда, однако в отличие от принудительных (назначение, прекращение и контроль за осуществлением которых осуществляется судом) иные меры медицинского характера осуществляются и контролируются только органами здравоохранения.

Назначение судом вида принудительных мер не предопределяет выбор методов лечения и лекарственных препаратов. Условия лечения и определение методов наблюдения в психиатрических стационарах устанавливаются Минздравом России. К лицам, которым назначено принудительное лечение, применяются те же методы диагностики, лечения и профилактики, а также все необходимые меры социальной реабилитации, которые применяются ко всем лицам, страдающим психическими расстройствами, в зависимости от соответствующего диагноза заболевания. В настоящее время применение принудительного лечения в России приведено в полное соответствие с международными стандартами ООН.

Целями применения принудительных мер медицинского характера являются (ст. 98 УК):

излечение или такое улучшение состояния больного, при котором он перестает представлять общественную опасность;

предупреждение совершения лицом нового общественно опасного деяния как во время лечения, так и после его завершения;

обеспечение безопасности больного для самого себя;

проведение мер социальной реабилитации (выработка у больных навыков для жизни в обществе) в той мере, в какой это возможно в условиях медицинских учреждений, осуществляющих принудительное лечение.

Достижение целей применения медицинских мер является средством предупреждения совершения общественно опасных деяний со стороны лиц, направленных на принудительное лечение. В отношении лиц, признанных ограниченно вменяемыми, алкоголиков и наркоманов, которые отбывают наказание за совершенные преступления, целью применения принудительных мер является также способствование исправлению и перевоспитанию этих категорий осужденных. Лицам, совершившим преступление в состоянии вменяемости, но страдающим алкоголизмом, наркоманией или психическими аномалиями, назначается

76

принудительное лечение в виде амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, как и стационарное принудительное лечение, назначается по решению суда, основанному на рекомендации судебно-психиатрической экспертной комиссии, где наряду с заключением о вменяемости или невменяемости лица должно быть высказано мнение о необходимости применения к нему принудительных мер медицинского характера и виде таких мер. Заключение экспертов-психиатров подлежит тщательной оценке судом в совокупности со всеми материалами дела (п. 6 постановления Пленума Верховного Суда СССР "О судебной практике по применению, изменению и отмене принудительных мер медицинского характера" от 26 апреля 1984 г. № 4 с изм. от 1 ноября 1985 г.<sup>1</sup>). Рекомендации экспертов-психиатров не являются обязательными для суда, хотя и учитываются при вынесении решения по делу.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может применяться, во-первых, как первичная мера принудительного лечения, например когда общественно опасное деяние было совершено в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности, повторение которого маловероятно. Во-вторых, эта мера может стать

последней ступенью при переходе от стационарного принудительного лечения к оказанию необходимой для лица, страдающего психическим расстройством, психиатрической помощи в общем порядке. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра связано со значительно меньшими ограничениями личной свободы лица (например, пациент может продолжать трудиться, проживать со своей семьей, продолжать обучение), и в то же время эта мера предполагает большую ответственность самого больного за соблюдение режима лечения.

При решении вопроса о назначении амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, помимо установления оснований применения принудительных мер медицинского характера, суд учитывает характер психического расстройства лица, общественную опасность им содеянного, а также возможность осуществления его лечения и наблюдения за ним в амбулаторных условиях. Психическое состояние лица, в частности характер его психического расстройства, должно быть таковым, чтобы лечебно-реабилитационные мероприятия могли быть проведены без помещения

77

в психиатрический стационар. Это обстоятельство должно содержаться в заключении судебно-психиатрической экспертизы либо в заключении врачебной комиссии при освобождении лица от дальнейшего отбывания наказания в связи с тяжелым психическим расстройством при обосновании рекомендации данного вида принудительного лечения.

По своему содержанию амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра предполагает наблюдение за психическим состоянием лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание этому лицу необходимой медицинской и социальной помощи, т.е. обязательное диспансерное наблюдение (ч. 3 ст. 26 Закона о психиатрической помощи). Такое наблюдение устанавливается независимо от согласия пациента и предполагает регулярные осмотры лица врачом-психиатром (на дому, в психоневрологическом диспансере или ином учреждении, оказывающем амбулаторную психиатрическую помощь, после приглашения на прием). Частота же таких осмотров зависит от психического состояния лица, динамики его психического расстройства и потребностей в психиатрической помощи.

Диспансерное наблюдение включает также психофармакологическое и иное лечение, в том числе психотерапию, а также социально-реабилитационные мероприятия. Существенным компонентом амбулаторного-психиатрического наблюдения и лечения является оказание лицу необходимой социально-бытовой помощи, так как практика свидетельствует, что жилищно-бытовая неустроенность, отсутствие материального обеспечения, например пенсии или работы, усугубляют социальную дезадаптацию психически больного и увеличивают риск совершения им повторного общественно опасного деяния.

Отличие правового статуса психически больных, которые находятся под амбулаторным принудительным наблюдением, от иных пациентов, получающих амбулаторную психиатрическую помощь, в частности в виде обязательного диспансерного наблюдения, заключается в невозможности прекратить такое наблюдение без решения суда. Пациенты, к которым применяется данная принудительная мера медицинского характера, не вправе отказаться от лечения; при отсутствии их согласия лечение проводится по решению комиссии врачей-психиатров (ч. 4 ст. 11 Закона о психиатрической помощи).

При реализации принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра врачи и иные медицинские работники, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь, должны тесно взаимодействовать с органами внутренних дел. На практике

78

не исключены случаи отказа психически больного от амбулаторной помощи, уклонения от осмотров врачом-психиатром, перемены места жительства и т.д. Для назначения принудительного лечения в психиатрическом стационаре, помимо наличия оснований, предусмотренных ст. 97 УК, суд должен установить, что данное лицо нуждается именно в стационарном психиатрическом лечении. Это означает, что характер психического расстройства лица, в частности обусловленные этим расстройством нарушения поведения, а также неблагоприятное течение этого расстройства, не позволяет обеспечить его лечение, уход за ним, содержание и наблюдение в иных условиях, кроме стационарных. Необходимость именно в стационарном психиатрическом лечении возникает тогда, когда характер и тяжесть психического расстройства сочетаются с опасностью психически больного для себя или окружающих либо возможностью причинения им иного существенного вреда и исключает проведение амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра как принудительную меру медицинского характера.

Характер психического расстройства и нуждаемость в стационарном принудительном лечении должны быть установлены судом на основании заключения экспертов-психиатров, в котором указывается, какой вид принудительных мер медицинского характера и почему рекомендуется данному лицу. При выборе рекомендуемой для назначения судом принудительной меры экспертные психиатрические комиссии основываются на общем принципе необходимости и достаточности этой меры для предотвращения новых общественно опасных деяний со стороны психически больного лица, а также проведения необходимых именно для него лечебно-реабилитационных мероприятий (п. 7 Временной инструкции о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, утвержденной приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225).

Назначение принудительных мер медицинского характера является исключительной компетенцией суда и заключение экспертов-психиатров оценивается им в совокупности со всеми обстоятельствами дела. Суд должен оценить психическое состояние лица во время совершения общественно опасного деяния (либо во время рассмотрения вопроса о применении принудительных мер медицинского характера, если лицо заболело психическим расстройством после совершения преступления, включая время отбывания наказания), характер и степень общественной опасности совершенного деяния, в том числе способ его совершения и тяжесть

79

наступивших последствий (п. 6 и 15 постановления Пленума Верховного Суда СССР "О судебной практике по применению, изменению и отмене принудительных мер медицинского характера" от 26 апреля 1984 г. № 4).

На основе оценки психического состояния лица, характера его психического расстройства и совершенного им деяния и учитывая заключение судебно-психиатрической экспертизы, суд принимает решение о назначении конкретной принудительной меры медицинского характера и при выборе стационарного принудительного лечения указывает, в стационар какого типа следует направить данное лицо. В УК установлены три вида принудительного лечения в психиатрическом стационаре.

Психиатрические стационары для принудительного лечения могут быть общего типа, специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением. Специализированность психиатрического стационара означает, что лечебное учреждение имеет специальный режим содержания пациентов, включая принятие мер по предотвращению повторных общественно опасных деяний и побегов, а также специализированные

реабилитационно-профилактические и коррекционно-воспитательные программы, сориентированные в соответствии с особенностями поступающих туда пациентов. Специализированный характер психиатрического стационара исключает возможность поступления в него и содержания в нем других больных, не направленных на принудительное лечение. В то же время принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа по режиму фактически не отличается от того, при котором проходят лечение психически больные, не совершившие общественно опасных деяний.

Психиатрическое принудительное лечение в стационаре общего типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в больничном лечении и наблюдении, но не требует интенсивного наблюдения. Необходимость принудительного лечения обусловлена тем, что при относительной быстроте выведения пациента из психотического состояния с помощью медикаментозного лечения все же сохраняется вероятность совершения им повторного общественно опасного деяния либо у больного отсутствует критическое отношение к своему состоянию. Помещение в стационар, таким образом, служит закреплению результатов лечения и способствует контролю за устойчивостью улучшения психического состояния пациента.

Как правило, эта мера должна назначаться больным, совершившим общественно опасные деяния в психотическом состоянии, при отсутствии выраженных тенденций к грубым нарушениям

80

режима, но при вероятности повторения психоза либо при недостаточной критической оценке своего состояния, а также больным со слабоумием и психическими дефектами различного происхождения, совершившими деяния, спровоцированные внешними неблагоприятными обстоятельствами, а также при отсутствии тенденции к их повторению и грубым нарушениям режима (п. 9 Временной инструкции о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния).

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения. В такие больницы попадают пациенты, совершившие общественно опасные деяния и представляющие значительную опасность из-за склонности к совершению новых деяний. Большинство пациентов таких стационаров страдают психопатоподобными расстройствами, различными психическими дефектами и изменениями личности. Лечебно-реабилитационные мероприятия в специализированных стационарах строятся с опорой на психо-коррекционные меры и трудовую реабилитацию.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или окружающих. Такая опасность может исходить от больных с психотическими состояниями и продуктивной симптоматикой (например, шизофрения и другие психозы с идеями преследования и отравления, императивными галлюцинациями), а также от больных, склонных к систематическим повторным общественно опасным деяниям и грубым нарушениям больничного режима (нападения на персонал, побеги и т.п.). Как правило, этот вид стационарного принудительного лечения следует назначать тем, кто совершил особо тяжкие деяния против личности, при реальной возможности их повторения, обусловленной клиническими проявлениями психического расстройства и (или) личностными особенностями. Характер психических расстройств таких пациентов, особенности их личности, в частности склонность к стойким антисоциальным проявлениям, исключают



возможность их нахождения как в условиях стационара общего, типа, так и в специализированном стационаре. Такие пациенты требуют постоянного и интенсивного наблюдения и принятия специальных мер безопасности. Именно потому в подобных

81

больницах существуют охрана и надзор, которые осуществляются по сложившейся практике МВД России.

В целях предотвращения социальной дезадаптации психически больных принудительное лечение в стационарах общего типа и в специализированных стационарах следует проводить по месту жительства пациентов либо их родственников. Что же касается специализированных стационаров с интенсивным наблюдением, то особенности этих учреждений и требования к режиму содержания пациентов не позволяют организовать принудительное лечение в соответствии с названным принципом, и зачастую пациенты таких лечебных учреждений находятся на принудительном лечении в значительном отдалении от дома.

Принудительное стационарное лечение связано не только с изоляцией пациентов от общества, но и с другими правоограничениями, обусловленными требованиями режима стационаров, осуществляющих принудительное лечение, например запретом свободного выхода с территории лечебного учреждения, непредоставлением домашних отпусков. Пациенты психиатрических стационаров для принудительного лечения не могут быть выписаны без решения суда об отмене такого лечения.

Лица, находящиеся на принудительном лечении, не имеют права отказаться от лечения, хотя возможность проведения лечения без согласия пациента не освобождает врача от необходимости попытаться получить согласие. Если пациент все же такого согласия не дает, то необходимое для данного больного лечение может быть назначено по решению комиссии врачей (ч. 4 ст. 10 Закона о психиатрической помощи). Помимо общего запрета применять медицинские средства и методы для наказания пациента либо в интересах других лиц (ч. 3 ст. 10 Закона), запрещается использовать для лечения больных, которым назначено принудительное лечение, хирургические и иные методы, вызывающие необратимые последствия (ч. 5 ст. 11 Закона). К таким методам относятся лоботомия, разрушение очага эпилептической активности в головном мозге, лечение эндокринными препаратами, существенно изменяющими биологические процессы в организме человека, и др. Пациенты, находящиеся на принудительном лечении, не могут использоваться для испытаний медицинских средств и методов, что означает запрет применения новых, но еще не допущенных для всеобщего использования лекарственных и иных средств, так же как и методов диагностики и профилактики (ч. 5 ст. 11 Закона).

Для правового статуса пациентов психиатрических стационаров, осуществляющих принудительное лечение, чрезвычайно

82

важно положение, содержащееся в ст. 13 Закона о психиатрической помощи, в соответствии с которой "лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными ст. 37 настоящего Закона". Статья 37 в свою очередь определяет права пациентов всех психиатрических стационаров и не содержит никаких изъятий для подобных лечебных учреждений, проводящих принудительное лечение.

Все права пациентов психиатрических стационаров разделены на две группы. В первую входят права, которые не могут быть ограничены ни при каких условиях, например право подавать без цензуры жалобы и заявления в органы государственной власти, прокуратуру, суд и адвокату, право встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине, право исполнять религиозные

обряды и соблюдать религиозные каноны, право получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде, и др.

Вторая группа включает права, которые могут быть ограничены в интересах здоровья и безопасности как самих пациентов, так и других лиц (ст. 37 Закона о психиатрической помощи). Такое решение принимает главный врач психиатрического стационара или заведующий отделением по рекомендации лечащего врача. К ограничиваемым относятся права: вести переписку без цензуры; получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы, пользоваться телефоном; принимать посетителей; иметь и приобретать предметы первой необходимости и пользоваться собственной одеждой.

В соответствии с ч. 2 ст. 13 Закона о психиатрической помощи пациенты, находящиеся на принудительном лечении, признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях. При коротких сроках принудительного лечения больной имеет право на оплачиваемый больничный лист с момента поступления на судебно-психиатрическую экспертизу. Во всех остальных случаях ему должна быть определена II или I группа инвалидности (III группа не устанавливается, так как подразумевает ограниченную трудоспособность, а не стойкую ее утрату).

И наконец, на лиц, находящихся на принудительном лечении, в полной мере распространяется ст. 5 Закона о психиатрической помощи, закрепляющая права лиц с психическими расстройствами,

83

а также иные нормы, направленные на обеспечение и защиту их прав, в частности право на обжалование действий и решений медицинских работников, включая медицинские комиссии, при оказании психиатрической помощи (ст. 47-49).

84

---

1 См.: Сборник постановлений Пленума Верховного Суда СССР. 1924 - 1986. - М, 1987.

[75](#) :: [76](#) :: [77](#) :: [78](#) :: [79](#) :: [80](#) :: [81](#) :: [82](#) :: [83](#) :: [84](#) :: [Содержание](#)  
[84](#) :: [85](#) :: [86](#) :: [87](#) :: [88](#) :: [89](#) :: [90](#) :: [Содержание](#)

4.2. Основания и порядок применения принудительных мер медицинского характера

Основания применения принудительных мер медицинского характера определяются содержанием этих соединяющих в себе юридическое и медицинское начала мер, сочетание которых обеспечивает их законное и обоснованное применение.

Юридическими принудительные меры являются потому, что:

основания, цели, виды, порядок их применения и прекращения определяются уголовным законом;

процедура их назначения регламентирована уголовно-процессуальным законом;

назначаются судом в отношении конкретных лиц, совершивших общественно опасные деяния;

рассматриваются судом и дальнейшие решения по их продлению, изменению и прекращению;

надзор за законностью их применения возложен на прокуратуру;

правовой статус лиц, которым они назначены, определен законодательством (см. ст. 5-7, 13 Закона о психиатрической помощи).

Медицинскими принудительные меры являются потому, что:

как основания, так и цели, виды, условия назначения, изменения и

прекращения по своему содержанию зависят от психического состояния лица, в отношении которого они применяются;

рекомендации по их применению дают комиссия врачей-психиатров либо в предусмотренных законом случаях судебно-психиатрическая экспертиза, включая выводы о диагнозе заболевания, невменяемости или ограниченной вменяемости, об алкоголизме и наркомании, о назначении и проведении лечения и профилактики психических расстройств, а также о необходимых социально-реабилитационных мероприятиях.

Принудительное лечение, назначенное по определению или приговору суда, необходимо отличать от освидетельствования врачом-психиатром лица, страдающего психическим расстройством, помимо желания последнего, а также от недобровольной госпитализации по заключению врачей-психиатров, от обязательного лечения в психиатрическом стационаре по постановлению судьи. Эти меры применяются к лицам, которые не совершили

84

общественно опасного деяния, в целях лечения, обеспечения безопасности их и общества в соответствии со ст. 23, 27–30 Закона о психиатрической помощи. Основания применения принудительных мер медицинского характера (ст. 97 УК):

совершение общественно опасного деяния в состоянии невменяемости. При оценке заключений судебно-психиатрической экспертизы о совершении общественно опасного деяния в состоянии невменяемости учитываются характер заболевания и связь мотивации с психическим расстройством, которое констатируется у лица, совершившего это деяние:

влияние бредовых идей и галлюцинаций (чаще всего при шизофрении) в момент совершения убийства и других преступлений против личности;

недомыслие, характерное для олигофренов, не способных понять реальные события, при совершении чаще всего краж и хулиганства;

ослабление контроля над своими инстинктами, чаще всего сексуальными влечениями (изнасилования, половые извращения, развращение малолетних);

аффективные нарушения, характеризующиеся эмоциональной тупостью лиц (совершение убийства, хулиганства, причинение вреда здоровью и т.п.);

истинное отсутствие мотивов в состоянии нарушенного сознания (например, сумеречное состояние сознания, патологическое опьянение), чаще всего при убийствах, совершении других импульсивных общественно опасных действий, которые могут быть единственным эпизодом в жизни;

психическое расстройство после совершения преступления, делающее невозможным назначение и отбывание наказания, возможны два варианта: 1) когда после совершения преступления у лица наступило психическое расстройство, которое оказывается неизлечимым. К такому лицу применяется принудительное лечение как и в отношении лица, совершившего общественно опасное деяние в состоянии невменяемости; 2) когда у лица после совершения преступления наступило временное психическое расстройство, например оно оказалось в состоянии алкогольного психоза либо впало в реактивное состояние в связи с возбуждением уголовного дела и угрозой наказания. Как и при первом варианте, производство по уголовному делу приостанавливается; если болезненное состояние лица затягивается, ему назначается в установленном порядке принудительное лечение. При выздоровлении

85

лица постановление о приостановлении дела отменяется, оно расследуется и рассматривается в общем порядке;

психическое расстройство наступило во время отбывания наказания за преступление, совершенное в состоянии вменяемости. Здесь также возможны два варианта: 1) либо лицо заболевает и вместо наказания ему назначается судом принудительное лечение; 2) либо, когда расстройство психической деятельности было временным, выздоравливает. В последнем случае

принудительное лечение отменяется и лицо возвращается для продолжения исполнения приговора;  
совершение преступления в состоянии, не исключающем вменяемости, если деяние совершено лицом, страдающим психическим расстройством. Имеются в виду лица с психическими аномалиями, признанные совершившими преступление в состоянии вменяемости (см. ст. 22 УК);  
совершение преступления в состоянии ограниченной вменяемости, когда психические аномалии вызваны алкоголизмом или наркоманией. Такая дифференциация позволяет при назначении принудительного лечения алкоголикам и наркоманам учесть степень изменения личности и избрать соответствующее основание принудительного лечения;  
при осуждении к мерам уголовного наказания, когда осужденные не представляют опасности, с применением иных медицинских мер. Это касается и лиц, совершивших общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, а также вменяемых с психическими аномалиями, совершивших преступление, в отношении которого дело прекращено или вынесен оправдательный приговор. В отношении этих лиц суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса об их лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, установленном законодательством о здравоохранении. По каждому делу, связанному с потреблением подсудимым наркотических средств или психотропных веществ, необходимо выяснять, нуждается ли он в лечении от наркомании. В соответствии с ч. 2 ст. 99 УК осужденному, признанному нуждающимся в лечении от наркомании, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения, исполнение которого в отношении лиц, осужденных к лишению свободы, производится по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказаний – в соответствующих учреждениях

86

органов здравоохранения (ч. 1 ст. 104) (см. п. 23 постановление Пленума Верховного Суда РФ "О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами" от 27 мая 1998 г. № 9).

Решение об отмене или изменении принудительных мер медицинского характера принимает только суд.

Срок принудительного лечения не устанавливается при его назначении. Такое лечение продолжается до выздоровления лица, страдающего психическим расстройством, либо до такого изменения его психического состояния, при котором отпадает необходимость в принудительном лечении. Если психическое состояние лица изменяется и возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера (как менее, так и более строгой), то первоначально назначенный вид принудительного лечения может быть изменен.

Рассматривая вопрос об отмене или изменении амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, суд должен проверить обоснованность представления администрации учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Для этого суду надлежит выяснить результаты проведенного лечения и условия, в которых это лицо будет находиться после отмены принудительной меры медицинского характера, а также необходимость дальнейшего медицинского наблюдения и лечения. В этих целях рекомендуется вызывать в судебное заседание представителей медицинского учреждения, близких родственников или законного представителя лица, в отношении которого решается вопрос об отмене применения амбулаторного принудительного лечения (п. 19 постановления Пленума Верховного Суда СССР "О судебной практике по применению,

изменению и отмене принудительных мер медицинского характера" от 26 апреля 1984 г. № 4).

Отмена и изменение стационарных принудительных мер осуществляется судом по представлению администрации психиатрического стационара, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

При решении вопроса об изменении или прекращении применения принудительной меры медицинского характера рекомендуется использовать принцип ступенчатости, заключающийся в постепенном изменении вида таких мер от более к менее строгим, вплоть до полной их отмены (п. 32 Временной инструкции о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами,

87

совершивших общественно опасные деяния). Так, улучшение психического состояния лица, повлекшее уменьшение его опасности для себя или других лиц, при котором отпадает необходимость в стационарном принудительном лечении, позволяет суду изменить ранее принятую меру и назначить амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра (ст. 100 УК). Поэтому все больные, находящиеся на принудительном лечении, не реже одного раза в шесть месяцев должны быть освидетельствованы врачебной комиссией для определения их психического состояния и возможности постановки перед судом вопроса об изменении или отмене принудительной меры медицинского характера. Если психическое состояние больного изменилось, освидетельствование больного может быть произведено до истечения шести месяцев.

Хотя постепенное изменение вида принудительного лечения от более к менее строгому облегчает социальную адаптацию психически больного, надо иметь в виду, что данный принцип не является обязательным для суда. Верховный Суд СССР разъяснил, что более строгая мера стационарного принудительного лечения при наличии к тому оснований может быть отменена и без предварительного перевода пациента в психиатрическую больницу менее строгого типа (п. 19 постановления Пленума Верховного Суда СССР "О судебной практике по применению, изменению и отмене принудительных мер медицинского характера" от 26 апреля 1984 г. № 4).

При отмене принудительных мер медицинского характера оказание психиатрической помощи лицу, страдающему психическим расстройством, включая помещение в психиатрический стационар, осуществляется по основаниям и в порядке, установленными Законом о психиатрической помощи.

В случае излечения лица, у которого психическое расстройство наступило после совершения преступления, при назначении наказания или возобновлении его исполнения время, в течение которого к лицу применялось принудительное лечение в психиатрическом стационаре, засчитывается в срок наказания из расчета один день пребывания в психиатрическом стационаре за один день лишения свободы (ст. 103 УК).

Принудительные меры медицинского характера в отношении несовершеннолетних назначаются, изменяются и отменяются определением суда с учетом рекомендаций судебно-психиатрических экспертных комиссий, врачебных комиссий психиатрических больниц, осуществляющих принудительное лечение, психиатрических комиссий по освидетельствованию осужденных. Эти рекомендации основываются на функциональном диагнозе, отражающем все уровни психических расстройств.

88

Заключение комиссии должно базироваться на следующих принципах: необходимость и достаточность рекомендуемой меры по предотвращению новых общественно опасных действий;



дифференцированность и ограниченность показаний для принудительных мер медицинского характера с учетом специфики возрастного развития; обеспечение преемственности мер медицинского характера с лечебными мероприятиями до психокоррекционных, психолого-педагогических, реабилитационных, включая различные формы семейной поддержки, передачу больного на попечение родственникам или опекунам при обязательном врачебном наблюдении.

Не следует рекомендовать принудительные меры медицинского характера несовершеннолетним, если совершенные ими общественно опасные действия не имеют склонности к повторению, не относятся к категории тяжких или связанных с посягательством на жизнь граждан. В этих случаях целесообразно рекомендовать помещение в психиатрическую больницу общего типа или постановку на динамическое диспансерное наблюдение.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа следует рекомендовать несовершеннолетним с психической патологией при отсутствии у них признаков стойкой социальной дезадаптации и постоянных антисоциальных тенденций, проявляющихся в склонности к действиям агрессивного характера, а также в грубых повторных нарушениях больничного режима. Такой вид лечения можно рекомендовать больным подросткам, если они:

совершили общественно опасное деяние в психотическом состоянии;

при наличии в период экспертизы (освидетельствования) признаков манифестации или обострения хронического душевного заболевания или декомпенсации патологического состояния различного происхождения;

в случаях, когда временное болезненное расстройство психической деятельности развилось после совершения общественно опасного деяния, и больной нуждается в лечении до выхода из указанного болезненного состояния;

при психическом заболевании в стадии ремиссии, состоянии психического дефекта различного происхождения, слабоумии в случае повторных общественно опасных деяний;

при изменении меры медицинского характера после принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа в связи с улучшением состояния, снижением общественной опасности и упорядоченностью поведения.

89

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа следует рекомендовать больным при наличии у них клинико-психопатологических и социально-психологических факторов риска повышенной общественной опасности. У несовершеннолетних с психической патологией к факторам риска следует относить:

психопатоподобный синдром со стойкими аффективными нарушениями в виде дисфории и патологией влечений агрессивно-садистического характера;

негативно-дефицитарные личностные изменения с эмоциональным дефектом и выраженной поведенческой активностью, сопровождающейся аффективной напряженностью, постоянными нарушениями больничного режима (в том числе гебоидный синдром);

гипоманиакальные и маниакальные состояния с расторможенностью влечений и поведения;

сочетание перечисленных выше симптомокомплексов со склонностью к употреблению алкоголя, наркотических и токсических средств и токсикоманическим поведением, со стойкими асоциальными личностными установками, обуславливающими криминальное поведение до болезни, рецидив общественно опасных деяний, а также со склонностью к нарушениям больничного режима.

С учетом перечисленных факторов риска принудительное лечение в

психиатрическом стационаре специализированного типа следует рекомендовать следующим трем группам несовершеннолетних больных: совершившим общественно опасные деяния, относимые к категории тяжких, в том числе связанные с посягательством на жизнь граждан, представляющие в последующем, в силу клинических проявлений заболевания или личностных особенностей, повышенную опасность для общества; с хроническим психическим заболеванием, состояниями психического дефекта различного происхождения или слабоумием, когда в силу клинических проявлений заболевания или личностных особенностей выявляются вышеперечисленные факторы риска общественно опасного поведения со склонностью к повторному совершению общественно опасных деяний и нарушениям больничного режима; с временным болезненным расстройством психической деятельности, развившемся после совершения общественно опасного деяния.

90

[84 :: 85 :: 86 :: 87 :: 88 :: 89 :: 90 :: Содержание](#)

[91 :: 92 :: 93 :: 94 :: 95 :: Содержание](#)

---

|        |       |                |
|--------|-------|----------------|
| Раздел |       | II             |
| Основы | общей | психопатологии |

---

91

Глава

5

Понятие

психических

расстройств

и их классификация

#### 5.1. Понятие психических расстройств

Психические болезни – это результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных систем организма человека с преимущественным поражением головного мозга, особенно его высших отделов. При изучении причин психических заболеваний необходимо учитывать состояние организма человека в целом.

Причины психических болезней многообразны. Среди них можно выделить следующие:

патологическая наследственность. Четко установленные ныне наследственные болезни с прямой передачей потомкам конкретных клинически выраженных патологических признаков составляют лишь небольшую часть психических болезней и относятся преимущественно к олигофрениям. Клинический опыт и специальные исследования свидетельствуют о несомненном значении наследственного фактора при шизофрении. Однако установлено, что при болезни одного родителя дети заболевают шизофренией в 16% случаев, при болезни обоих родителей число больных детей возрастает вдвое;

воздействие различных злоупотреблений на развивающийся мозг плода во внутриутробном периоде. Обычно результатом таких воздействий оказываются различные варианты умственной отсталости;

острые или хронические отравления и инфекционные болезни. Среди отравлений, вызывающих психические расстройства, первое место по частоте занимает алкоголь, злоупотребление которым может привести к возникновению алкогольных психозов. Психические нарушения, в том числе психозы, вызываются также употреблением наркотических средств – гашиша, морфия и др. Психические расстройства могут развиваться при отравлении

92

промышленными ядами (ртуть, пестициды, инсектициды, тетраэтилсвинец и др.), а также при неправильном применении некоторых лекарственных препаратов (атропина, акрихина и др.);

самоотравление организма продуктами нарушенного обмена веществ (аутоинтоксикация), вырабатывающимися в организме при нарушениях деятельности его органов и систем. Таковы психические расстройства при диабете, раке и некоторых других заболеваниях. Некоторые ученые полагают, что аутоинтоксикация имеет значение в возникновении шизофрении;

черепно-мозговая травма (ушиб, сотрясение или ранение головного мозга), нарушение мозгового кровообращения в результате атеросклероза сосудов головного мозга, кровоизлияния в мозг;

тяжкие психические травмы, которые могут быть внезапными, острыми, шокowymi и длительными, хроническими. Обычно затяжная психическая травматизация касается наиболее тяжелых для данной личности сторон (чести, достоинства, социального престижа и т.д.). Острая травма чаще связана с непосредственной угрозой жизни и здоровью самого заболевшего или его близких.

Для развития и возникновения психических болезней необходимо наличие определенных условий, например ослабление организма вследствие соматических болезней, отравлений, вынужденной бессонницы, психических потрясений. Особенности внешней и внутренней среды организма в зависимости от конкретных обстоятельств могут или способствовать, или препятствовать развитию психической болезни. Эти же условия влияют на клинические явления и особенности течения возникшего психического заболевания.

Состояние психически больных во время болезни меняется, причем степень изменений и их темп при разных заболеваниях у разных больных могут существенно различаться. Изменение клинической картины болезни и состояния больного имеют большое судебно-психиатрическое значение: эксперты должны оценить характер болезненных проявлений психики во время совершения правонарушения, в период следствия или экспертизы. Эксперты должны учитывать также дальнейшее течение болезни, ее прогноз, что важно при решении вопроса о назначении и об отмене мер медицинского характера, при освидетельствовании осужденных.

Ряд психических заболеваний развивается быстро и заканчивается полным выздоровлением. Это некоторые алкогольные психозы (белая горячка), острые психозы при общих инфекционных заболеваниях, острые реактивные состояния. Другие заболевания характеризуются

93

длительным течением, причем многие из них отличаются постепенным появлением и нарастанием психических нарушений. По терминологии ст. 21 УК это так называемые хронические психические расстройства.

В течении хронических психических заболеваний различают несколько стадий:

стадия предвестников характеризуется симптомами, общими для самых разнообразных болезней в этом периоде: головными болями, раздражительностью, тревожностью, снижением умственной работоспособности, ощущением недомогания, нарушением сна и т.п. В дальнейшем появляются симптомы, которые характерны для данного заболевания;

начальная, или дебют болезни может развиваться постепенно или быстро, остро и характеризуется такими симптомами: бредовые идеи, галлюцинации, речедвигательное возбуждение и т.п. В дальнейшем наблюдается развернутая картина болезни, которая также характеризуется определенными закономерностями течения. Темп нарастания болезненных симптомов может

быть быстрым, тогда говорят о злокачественном течении болезни, или медленным, длительным, с постепенным расширением болезненных проявлений при прогрессирующих заболеваниях, приводящих к психическому дефекту (шизофрения, эпилепсия и др.);

период улучшения (ремиссии) различен по продолжительности - от нескольких недель до нескольких лет. Различаются они и по своему качеству. Современные методы терапии уменьшают число тяжелых исходов болезни. При некоторых периодически повторяющихся психозах не отмечается каких-либо признаков психического дефекта.

От психозов с прогрессирующим течением (шизофрения, прогрессивный паралич и др.) следует отличать болезненные нарушения психики, при которых нет прогрессирования самого болезненного процесса и нарастания болезненных расстройств (олигофрения, психопатии, последствия травм черепа, энцефалитов).

Для определения тяжести (глубины) психических расстройств необходимо диагностировать болезнь. Только установив наличие болезни, ее свойства, можно ответить на вопросы, поставленные перед экспертами. Для этого проводится клиническое исследование больного, которое определяет характер и, если это возможно, причины психических нарушений, особенности их возникновения и течения. Психические болезни проявляются прежде всего в нарушении процессов восприятия, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, влечений, поэтому при описании и классификации

94

признаков (симптомов) психических болезней исходят из особенностей названных изменений.

95

[91](#) :: [92](#) :: [93](#) :: [94](#) :: [95](#) :: [Содержание](#)

[95](#) :: [96](#) :: [97](#) :: [98](#) :: [99](#) :: [100](#) :: [101](#) :: [Содержание](#)

## 5.2. Симптомы и синдромы психических расстройств

Симптом психической болезни - это клинические критерии (признаки) патологического состояния организма, которые отличаются крайним разнообразием (сенсопатии и расстройства восприятия, мышления и др.).

Сенсопатии - симптомы, характеризующие различные нарушения чувственного познания: ощущения, восприятия, представления. К ним относятся:

гиперестезия - повышение восприимчивости естественных внешних раздражителей, нейтральных при нормальном состоянии;

гипестезия - понижение восприимчивости внешних раздражителей;

сенестопатии - разнообразные неприятные, тягостные ощущения, возникающие в различных частях тела, которые в отличие от галлюцинаций лишены предметности.

Расстройства восприятия - отражения предметов и явлений окружающей нас действительности, непосредственно воздействующих на органы чувств:

галлюцинации - восприятие, возникающее без реально существующего объекта (зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, общего чувства). Существуют также сложные галлюцинации - одновременное сосуществование разных видов галлюцинаций (зрительных, слуховых и т.д.);

псевдогаллюцинации - нарушение восприятия в любом анализаторе чувств (зрительные, слуховые и т.д.). Возникают как и истинные галлюцинации, без наличия реального объекта (гипнагогические, иллюзии, расстройство схемы тела, Метаморфозии, дереализация и др.).

Расстройства мышления - высшей формы отражения и познания объективной реальности человеком, установление внутренних связей между предметами и явлениями окружающего нас мира (замедление мышления, бессвязность мышления, обстоятельность, персеверация, резонерство, шперрунги и пр.) (обманы органов чувств).

К расстройствам мышления относятся:

бред – ложное умозаключение, которое, во-первых, не соответствует действительности, искаженно ее отражает, во-вторых,

95

полностью овладевает сознанием больного, остается, несмотря на явное противоречие с действительностью, недоступным коррекции. Выделяют первичный бред, который часто является единственным признаком расстройства психической деятельности у больного. По содержанию первичный бред делится на бред изобретательства, реформаторства, ревности, а также любовный, эротический и др.;

бред образный (чувственный) – в отличие от первичного интеллектуального бреда выражается в нарушении не только рационального, но и чувственного познания;

сверхценные идеи – суждения, возникающие в результате реальных обстоятельств, но занимающие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании человека с развитием чрезмерного эмоционального напряжения.

Навязчивые явления (обсессии) характеризуются произвольным непреодолимым возникновением у больных мыслей, неприятных воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при сознании их болезненности и критическом к ним отношении, чем они и отличаются от бреда:

отвлеченные навязчивости – бесплодное мудрствование ("умственная жвачка"), навязчивый счет, навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, фамилий, отдельных слов, определений и т.д.;

образные (чувственные) навязчивости с тягостным аффективным содержанием. Они подразделяются на навязчивые воспоминания о каких-то неприятных событиях в прошлом, навязчивое чувство антипатии. Возникновение подобного чуждого чувства вызывает отчаяние, но избавиться от него невозможно;

овладевающие представления – принятие вопреки сознанию неправдоподобного за действительное (например, мать, похоронившая ребенка, начинает сомневаться, что он похоронен мертвым);

навязчивые влечения – появление вопреки разуму, воле и чувствам стремления к совершению бессмысленного и часто опасного действия. Как правило, они не выполняются, чем и отличаются от импульсивных действий;

фобии (навязчивый страх) – интенсивность и непреодолимость, несмотря на их бессмысленность и прилагаемые больными усилия с ними справиться. Содержание фобий исключительно разнообразно, например человек боится переходить улицу или площадь (агорафобия), боится высоких мест (гипсофобия), страшится пребывания в замкнутом пространстве, в помещении с закрытыми дверями (клаустрофобия), боится неизлечимого заболевания

96

(нозофобия, канцерофобия), опасается появления того или иного страха (фобофобия) или боится покраснеть в присутствии посторонних (эритрофобия);

навязчивые сомнения – вопреки разуму и воле неустраимо возникает неуверенность в правильности и законченности совершенных действий. К этому роду расстройств примыкают навязчивые опасения в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий, двигательных актов;

навязчивые действия. Они неоднородны по своим проявлениям и могут сопровождаться фобиями, возникать одновременно с ними (ритуалы) или возникают без них. К навязчивым действиям, не сопровождающимся фобиями, относятся движения, совершаемые против желания больного и вопреки его усилиям их сдержать;



ритуалы – навязчивые движения и действия, возникающие совместно с фобиями, навязчивыми сомнениями или опасениями и имеющие значение заклинания, защиты. Они производятся для предупреждения мнимого несчастья или преодоления навязчивого сомнения.

Импульсивные явления включают импульсивные действия и импульсивные влечения. В отличие от навязчивых явлений импульсивные действия и влечения выполняются неотвратно, без внутренней борьбы и сопротивления: импульсивные действия – совершаются без контроля сознания внезапно, безмотивно, выполняются автоматически (обычно это агрессивные действия). Возникают при глубоком нарушении психической деятельности;

импульсивные влечения – остро время от времени возникающие стремления, овладевающие сознанием, подчиняющие себе все поведение больного, все его мысли и желания. К ним относятся: дипсомания (запой), дромомания, клептомания (время от времени внезапно возникающая страсть к воровству), пиромания (неотвратимое стремление к поджогу) и др.

Расстройства самосознания, растерянность:

деперсонализация – расстройство самосознания с чувством отчуждения некоторых или всех психических процессов (мыслей, представлений, воспоминаний, отношений к окружающему миру), осознаваемое и болезненно переживаемое самим больным;

растерянность (аффект недоумения) – возникает при остром развитии расстройства психической деятельности, вызывающего стремительное нарушение самосознания, познания и приспособления к внешней среде.

97

Патология чувств. К ним относятся следующие:

дисфория (от греч. – раздражение, досада) – расстройство настроения с преобладанием тоскливо-злобного, угрюмо-недовольного состояния, сочетающееся с раздражительностью, агрессивностью, нередко страхами (при алкоголизме);

ангедония (греч. – удовольствие, наслаждение) – психическое расстройство в виде потери чувства радости, наслаждения;

адинамия (от греч. – бессилие) – уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма;

деперсонализация депрессивная – это в той или иной мере выраженная психическая анестезия чувств, которая характеризуется появлением мучительного чувства утраты чувств;

тоска – теснение духа, томление души, мучительная грусть. Тоска – это тяжелое, гнетущее чувство, душевная тревога в соединении с грустью и подавленностью;

апатия – полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению;

эйфория (маниакальный аффект) – повышенное радостное настроение;

мания – высшая степень выраженности подъема настроения;

гипомания – расстройство настроения, когда маниакальный аффект, его интенсивность не выражены;

экстаз – повышенное настроение, переживание восторга, необычного счастья, часто сочетается с произнесением человеком красивой речи;

мория – повышенное настроение, сочетающееся с нелепостью в поведении, дурашливостью. Нередко бывает у олигофренов и при опухолях головного мозга;

чувственная амбивалентность – проявляется как бы одномоментным сосуществованием противоположных чувств. Так, могут уживаться одновременно чувство любви и ненависти.

Расстройства памяти. Это:

дисмнезии – различные виды ослабления памяти в виде снижения способности запоминать, сохранять и воспроизводить (гипомнезия, амнезия,

ретроградная амнезия, антероградная амнезия и т.д.);  
парамнезии – обманы памяти (конфабуляции, криптомнезии).  
Расстройства воли – способности сознательно и целенаправленно контролировать свою деятельность и направлять ее:  
гипобулия – снижение волевой активности, бедность побуждений к деятельности;

98

гипербулия – усиление волевой активности, чрезмерная деятельность;  
парабулия – извращение волевой активности в форме расстройств поведения;  
абулия – отсутствие побуждений, утрата желаний, полная бездеятельность;  
ступор – обездвижение, оцепенение. Различают кататонический, депрессивный, психогенный и апатический ступор.

К волевым расстройствам относятся также различные расстройства инстинктов, которые могут быть усилены или ослаблены (полифагия, монофагия, анорексии).

Формы нарушения полового влечения:

гиперсексуальность – усиление полового влечения;  
гипосексуальность – ослабление полового влечения, импотенция у мужчин, фригидность у женщин.

Извращения полового инстинкта.

садизм – половое возбуждение и удовлетворение возникают при нанесении партнеру физической боли;

мазохизм – половое возбуждение и удовлетворение возникают, только если само лицо подвергается оскорблениям и унижениям, как физическим, так и моральным;

фетишизм – половое возбуждение и удовлетворение возникают при созерцании, ощупывании или прикладывании к телу различных вещей, одежды противоположного пола;

экстибиционизм – половое возбуждение и удовлетворение возникают при обнажении собственных половых органов перед лицом противоположного пола;

гомосексуализм – совершение половых актов с лицами своего пола;

лесбиянство – описывается у женщин как сексуальное влечение к лицам своего пола;

скотоложство – половые акты с животными;

педофилия – половое влечение к детям;

геронтофилия – половое влечение к лицам пожилого возраста;

нарциссизм – самовлюбленность, половое влечение к собственному телу;

вуайеризм – половое возбуждение и удовлетворение возникают при подглядывании за совершением полового акта другими лицами.

Синдром – это симптомокомплекс, состоящий из типичной совокупности внутренне связанных симптомов. В форме синдромов и выражается психическое заболевание. Клиническая картина болезни складывается из последовательной смены синдромов.

99

Наиболее часто встречающимися синдромами являются следующие:

астенический – раздражительность, непереносимость громкого шума, яркого света (гиперестезия), повышенная утомляемость, неустойчивое настроение;

депрессивный – пониженное настроение, двигательная и 'ассоциативная заторможенность, могут возникать тревога, тоска;

маниакальный – приподнятое настроение, двигательное оживление, ассоциации ускорены, внимание обострено, но неустойчиво, отмечается повышенная отвлекаемость;

ипохондрические – разнообразны и проявляются в виде чрезмерного внимания к своему здоровью, тревоги за него;

паранойальный – первичный систематизированный бред различного

содержания (преследования, ревности и т.д.) с обстоятельностью мышления при изложении бредовой идеи (бредовая обстоятельность);  
психические автоматизмы – ассоциативный, сенестопатический и двигательный (кинестетический);  
параноидный (синдром Кандинского – Клерамбо) – сочетание бредовых идей преследования (отравления, нанесения физического вреда и ущерба), воздействия с вербальными галлюцинациями или проявлениями синдрома психического автоматизма;  
галлюциноз – состояние непрерывного галлюцинирования с преобладанием какого-либо одного вида галлюцинаций (значительно реже их сочетание). Выделяют зрительные, слуховые (вербальные) и тактильные галлюцинозы;  
парафренный – сочетание систематизированного бреда преследования и воздействия с фантастическим, грезоподобным бредом величия;  
кататоническое возбуждение – растерянность и расстройство самосознания. Больные принимают неестественные позы, кривляются, паясничают, гримасничают, отмечают дурашливость, бессмысленный смех;  
импульсивное возбуждение – внезапное совершение действий, не имеющих отношения к предшествующему поведению (набрасываются на окружающих, бегут, не разбирая пути, рвут одежду и т.д.), совершение простейших движений (ползание, хватание, раскачивание корпусом);

100

кататонический ступор – обычно наступает вслед за кататоническим возбуждением, иногда внезапно. Характеризуется состоянием обездвиженности<sup>™</sup> с мышечным напряжением и мутизмом;  
каталепсия (симптом Павлова) – при данном состоянии наблюдаются симптомы "воздушной подушки" (при лежании на спине часами и сутками голова остается приподнятой над подушкой) и "хоботка" (все мышцы крайне напряжены, челюсти сжаты, губы вытянуты в виде хоботка).

Приведенный перечень не является исчерпывающим.

101

[95](#) :: [96](#) :: [97](#) :: [98](#) :: [99](#) :: [100](#) :: [101](#) :: [Содержание](#)  
[101](#) :: [102](#) :: [Содержание](#)

### 5.3. Классификация психических расстройств

Принципы классификации психических заболеваний за длительный период истории психиатрии претерпели значительную эволюцию. На ранних этапах систематика психических заболеваний проводилась на основе преобладающих у больного психических расстройств – синдромологический принцип. По мере развития психиатрии систематика психических болезней строилась с учетом ряда предпосылок: синдромологический подход (ориентация на психические расстройства, выявленные у больного на период обследования) дополнялся описаниями особенностей динамики отдельных состояний, соображениями об общей характеристике патологического процесса.

Большую роль в создании классификации психических заболеваний для обеспечения унифицированной оценки психически больных психиатрами различных стран сыграла Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). С участием экспертов и специалистов различных стран ВОЗ подготовила в течение нескольких лет ряд вариантов Международной классификации болезней (МКБ). Процесс ее создания трудный и сложный. Классификация может получить широкое признание, если обеспечить возможность ее применения психиатрами различных стран, придерживающимися различных взглядов на диагностику психических расстройств.

В России, как и во многих странах, для административно-статистических целей МКБ-10 применяется уже в течение ряда лет. Она состоит из десяти блоков, каждый из которых включает отдельные психические заболевания, варианты этих психических заболеваний и психопатологические синдромы.

Важной особенностью МКБ-10 является обстоятельная характеристика

каждого блока психических расстройств, попытка определить

101

для них общую предпосылку, на основании которой они включены в этот блок. Дается также основная характеристика каждого вида психических расстройств (болезней), отдельных форм их проявлений, вариантов психопатологических комплексов (синдромов), включенных в блок. Выделены диагностические и дифференциально-диагностические критерии психических расстройств. Все это способствует единообразию диагностики психических расстройств, обеспечивает большую сопоставимость клинических данных о больных с результатами научных исследований. Вместе с тем и эта классификация эклектична. Она также основывается на ряде предпосылок: этиологических, клинических, психопатологических, патогенетических и т.д. в отличие от медицинской модели болезни, базирующейся на этиологических и клинко-морфологических признаках.

Перечень диагностических рубрик следующий:

органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09);

психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19);

шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20- F29);

расстройства настроения [аффективные расстройства] (F30- F39);

невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40-F48);

поведенческие синдром, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59);

расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60- F69);

умственная отсталость (F70-F79);

расстройства психологического развития (F80-F89);

эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-F98).

102

[101](#) :: [102](#) :: [Содержание](#)

[103](#) :: [104](#) :: [105](#) :: [106](#) :: [107](#) :: [108](#) :: [109](#) :: [110](#) :: [111](#) :: [112](#) :: [Содержание](#)

---

Глава

6

Судебно-психиатрическая

оценка

отдельных форм психических расстройств

6.1. Эндогенные психические расстройства

6.1.1. Шизофрения

Шизофрения (греч. – расщепление психики) – утрата единства психической деятельности. Шизофрения приводит к расщеплению мышления, снижению, а порой извращению эмоциональных и волевых проявлений. В этом и состоят те изменения, которые вносит данное заболевание в личность больного.

Имеются достоверные данные о значении наследственного предрасположения при заболевании шизофренией, однако причина ее возникновения до настоящего времени неизвестна. В судебно-психиатрической клинике около половины испытуемых, признанных невменяемыми, составляют больные шизофренией. Это свидетельствует о ее большом судебно-психиатрическом значении.

Шизофрения в качестве единого заболевания выделено в 1896 г. немецким психиатром Э. Крепелином, а современное название приобрело в 1911 г. (Э. Блейлер).

Шизофрения относится к эндогенным заболеваниям, ее клинические проявления очень разнообразны. При ней могут наблюдаться почти все

известные в психиатрии симптомы и синдромы. Рассмотрим наиболее исследованные формы шизофрении.

Простая шизофрения. Клинические проявления характеризуются главным образом нарастающими изменениями личности больного. Изменения развиваются постепенно: снижается психическая продуктивность, утрачивается интерес к окружающему, нарастает эмоциональное обеднение, отмечаются расстройства мышления, трудность, а порой и невозможность осмыслить и

103

понять содержание задания, прочитанное. Больные дублируют классы и вообще бросают учебу. Другие психопатологические проявления: бредовые идеи, галлюцинации – наблюдаются в рудиментарной форме в виде нестойких идей отношения, воздействия и слуховых обманов. Падение энергетического потенциала нередко сопровождается явлением так называемой метафизической интоксикации: больные принимаются за изучение глобальных философских, научных проблем (смысл бытия, происхождение жизни и т.д.), затрачивают массу времени на чтение специальной литературы по этим вопросам; каких-либо практических результатов эта деятельность не приносит. Больные бывают не в состоянии не только изложить общий смысл своих интересов, но и сообщить элементарные сведения о прочитанном.

Эмоциональная дефицитарность проявляется прежде всего в ухудшении отношения к родителям, в появлении эмоциональной холодности, раздражительности и агрессивности. В дальнейшем у больных наступает и полное безразличие к собственной личности: они перестают следить за собой, не моются, ничего не делают и т.д. Становятся холодными эгоистами, безучастными к происходящим вокруг них событиям. Эти изменения могут перейти в конечное состояние – апатико-абулическое с рудиментарными психическими расстройствами.

Гебефреническая шизофрения начинается чаще в подростковом возрасте с падения психической активности, энергетического потенциала или появления эмоциональной дефицитарности. На фоне изменений личности возникает острое психотическое состояние с бредовыми галлюцинаторными переживаниями, дурашливым, нелепым поведением, настроение характеризуется пустой эйфорией с возможными переходами в злобное и агрессивное поведение. В дальнейшем наблюдается нарастание апатии, вялости с переходом в конечное состояние с рудиментарными кататоническими, бредовыми и галлюцинаторными проявлениями.

Непрерывнотекущая шизофрения. В зависимости от степени тяжести (прогредиентности) различают вялотекущую, умеренно прогредиентную и злокачественную шизофрению.

У лиц с вялым течением шизофрении не наблюдается острых психотических состояний. В начале заболевания отмечаются нев-розоподобные расстройства, неопределенные жалобы соматического характера, немотивированные колебания настроения, возникающие без объективных причин, чувство усталости. Медленное развитие болезни позволяет больным длительное время сохранять социальную адаптацию. Больные с нев-розоподобными

104

расстройствами (истерическими проявлениями, навязчивостями, астенией) редко совершают противоправные деяния.

Иногда вялотекущая шизофрения сопровождается отчетливо психопатоподобными проявлениями. Присутствие таких симптомов, как возбудимость, раздражительность, злобность, неустойчивость настроения, склонность к дисфориям, внушаемость, сочетающихся с эмоциональным и волевым снижением, является благоприятной почвой для совершения различных антисоциальных действий. Больные интравертированы, малодоступны, имеют поверхностные контакты с окружающими,



оппозиционное к ним отношение (в том числе к членам семьи), причем оппозиционность, негативизм принимают гротескный, утрированный характер. Поведение отличается неадекватностью, обычно включает элементы дурашливости. Мышление носит аморфный, иногда паралогичный характер. Инфантильные и внушаемые больные легко входят в антисоциальную среду, обычно склонны к злоупотреблению алкогольными напитками и наркотическими средствами, бродяжничеству, беспорядочным сексуальным связям. В связи с этим раньше их относили к группе так называемых нравственно помешанных. Такие больные склонны к совершению изнасилования, хулиганских действий и краж, т.е. представляют повышенную социальную опасность для общества.

Умеренно прогрессивная шизофрения (бредовая, параноидная) начинается в возрасте 25-30 лет. Для этой формы обычно характерны бредовые расстройства. Возникновению типичного бреда предшествует инициальный период, во время которого у больных могут наблюдаться навязчивости и другие невротоподобные расстройства (подозрительность, тревожность). Этот период может продолжаться несколько лет. Затем наступает паранойяльный этап болезни. Постепенно формируются своеобразные комплексы патологических сверхценных и бредовых идей различного содержания (отравления, преследования, ревности, ипохондрический, любовный и др.).

Паранойяльный этап продолжается от двух-трех до 15-20 лет. Последующий этап заболевания определяется присоединением к бреду галлюцинаций и симптомов психического автоматизма (синдрома Кандинского – Клерамбо). Усложнение болезни протекает с выраженной тревогой, страхом, отчетливой растерянностью, чувством грозящей опасности, иногда кататоническими симптомами. В дальнейшем симптомы обострения сглаживаются и на первый план выступают или проявления психического автоматизма, в первую очередь псевдогаллюцинации (галлюцинаторный

105

вариант параноидной шизофрении), или различные бредовые идеи (преследования, ревности и др.), а психические автоматизмы остаются неразвернутыми (бредовой вариант параноидной шизофрении).

Противоправные действия часто совершаются на фоне обострения симптомов психоза во время перехода болезни во второй этап. В последующем может произойти усложнение клинической картины заболевания, появление бреда величия.

Злокачественная шизофрения начинается чаще всего в юношеском возрасте в виде нарастающих личностных изменений. Постепенно исчезают прежние привязанности, теряются знакомые, друзья. К близким на фоне постепенно нарастающего равнодушия возникают реакции раздражения, неприязнь, грубость. Постепенно у больных теряется интерес к окружающему, присущая подросткам любознательность. Появляются вялость, пассивность, что приводит к резкому снижению школьной успеваемости. Стремление ряда больных компенсировать недостаток психической продуктивности упорными занятиями успеха не дает. Часто в эти периоды у больных возникают несвойственные им интересы. Они начинают избирательно время от времени читать философские или религиозные книги, разрабатывают собственные методы физического или духовного совершенствования.

В дальнейшем происходит усложнение заболевания, наступающее обычно от года до пяти лет после его начала. Появляются аффективные, галлюцинаторные, бредовые и кататонические расстройства. Они не развернуты и, наслаиваясь при своем развитии друг на друга, часто мешают определить, какое же из всех расстройств является преобладающим. Два-четыре года обычно составляют продолжительность манифестного периода болезни, после которого наступает малоизменчивое конечное состояние, определяющееся эмоциональной тупостью, резким снижением

целенаправленности волевых побуждений и остаточными позитивными симптомами. Общественно опасные деяния совершаются больными как на начальном этапе, так и в период появления собственно психотических расстройств – бреда, галлюцинаций и т.д. Нередко в основе совершения общественно опасных деяний лежат выраженные изменения их личности и импульсивные действия.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения протекает в форме приступов, однако последние более длительные, чем при периодической шизофрении. При приступообразно-прогредиентной шизофрении определяющие приступ расстройства возникают без всякой последовательности, хаотично. Однако от приступа к приступу отмечаются все более заметные изменения личности и нарастание слабоумия. Чем сложнее приступ, тем он обычно продолжительнее. Криминогенность больных рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофренией в период манифестного психоза сравнительно невысока, так как они своевременно направляются в психиатрические больницы. Большинство противоправных действий совершаются больными приступообразно-прогредиентной шизофренией в период ремиссии.

Периодическая шизофрения (рекуррентная) отличается возникновением острых, относительно кратковременных, психотических приступов, перемежающихся светлыми промежутками (интермиссиями). Обычно первые приступы развиваются в определенной последовательности и в ряде случаев при повторных возвратах болезни сохраняют прежнюю структуру (тип клише). В развитии приступов рекуррентной шизофрении можно выявить определенную последовательность развития психопатологических расстройств. Сначала возникают аффективные нарушения. Пониженное настроение всегда сочетается с тревогой, капризностью, обидчивостью, слезливостью. Гипоманиакальные состояния сопровождаются восторженностью, умилением, чувством прозрения. Противоположные по структуре аффективные синдромы могут сменять друг друга. При углублении болезни начинают преобладать тревога, страх либо восторженно-экстатические состояния. Нарастает двигательное возбуждение или, напротив, появляется заторможенность. В дальнейшем возникает различный по содержанию образный бред. В своем последующем развитии бред изменяется в сторону нарастания фантастического содержания.

Если все ограничивается появлением только аффективных расстройств, то это говорит о циркулярной шизофрении, в случаях преобладания депрессивных расстройств и депрессивных форм бреда (самообвинения, обвинения), а также острого бреда – о депрессивно-параноидной шизофрении, при развитии приступа с онейроидом – об онейроидной кататонии. Частота приступов различна – от одного на протяжении всей жизни до многих десятков. Особенности ремиссий зависят от многих факторов, прежде всего от частоты и структуры приступов. Чем приступы чаще и сложнее, тем ремиссия хуже, и наоборот. Обычно изменения личности при рекуррентной шизофрении возникают лишь после

106

ряда приступов. Они проявляются снижением психической активности и сужением круга интересов.

Гебоидная шизофрения протекает как вялотекущий процесс с психопатоподобными проявлениями в виде многолетнего приступа расстройств в сфере влечений (гебоидов), склонности к сексуальным эксцессам, иждивенческому образу жизни, бродяжничеству, kleptomании, ассоциальным действиям.

Кататоническая шизофрения характеризуется ранним началом. Ведущими психопатологическими проявлениями являются двигательные-волевые расстройства: наблюдаются субступорозные и ступорозные состояния

(люцидный, онероидный), которые могут чередоваться с импульсивными поступками и кататониче-ским возбуждением. У больных выявляются также бредовые и галлюцинаторные переживания. Конечное состояние обычно характеризуется глубоким вялоапатическим дефектом и кататони-ческой симптоматикой.

Фебрильная кататония (особо злокачественная форма) является наиболее тяжелым злокачественным видом шизофренического психоза. Фебрильные приступы возможны как при рекуррентной, так и при приступообразно-прогредиентной форме шизофрении. Клиническая картина фебрильного приступа выглядит в виде резко выраженных кататон-онейроидных расстройств.

Повышенная температура (субфебрилитет) обычно бывает с начала приступа, с последующим резким повышением в период развертывания кататонического состояния. Общая длительность лихорадочного состояния значительно короче приступа (от нескольких недель до двух-трех месяцев). Иногда температура достигает высоких цифр (39–40°C). Типичен внешний вид больных: лихорадочный блеск глаз, сухие запекшиеся губы, покрытые геморрагическими корками, сухой красный или обложенный язык, гиперемия кожных покровов. Нередко бывают герпес, кровоподтеки на шее, спонтанные носовые кровотечения, аллергические высыпания. Иногда, напротив, при высокой температуре этих лихорадочных признаков не наблюдается. Отмечаются патологические реакции сердечно-сосудистой системы: ослабление сердечной деятельности с падением артериального давления, учащенный слабый пульс. При развитии аментивноподобного состояния возбуждение становится беспорядочным, хаотичным, речь – совершенно бессвязной (отдельные звуки, слоги, обрывки фраз).

Может наступить смерть от сердечной недостаточности (иногда на фоне мелкоочаговой пневмонии) в стадии аментивноподобного или гиперкинетического возбуждения при их переходе в  
107

кому. Обратное развитие приступа происходит по миновании фебрильных явлений. В этом случае клиническая картина заболевания приобретает вновь типичный для рекуррентной или при-ступообразно-прогредиентной шизофрении вид.

Несмотря на многообразие симптомов и синдромов шизофрении, при шизофрении всегда есть типичные проявления, общие для всех больных. Эти нарушения встречаются при всех формах шизофрении, но степень их выраженности различна. Их называют "негативными" симптомами, поскольку они отражают тот ущерб для психики больного, который наносит болезнь. В наибольшей степени при шизофрении поражаются эмоциональная и волевая сферы.

Шизофрения характеризуется следующими основными признаками.

1. Эмоциональное снижение. Оно начинается с нарастающей эмоциональной холодности больных к своим родным и другим близким людям, безразличия к окружающему, безучастности к тому, что непосредственно относится к больному, утраты прежних интересов и увлечений. В начале заболевания может быть ничем не мотивированная неприязнь больного к кому-либо из родных (часто к матери), хотя родные его любят и заботятся. Некоторые больные осознают происходящие с ними изменения, жалуются на потерю способности радоваться жизни, любить, сопереживать, волноваться и страдать как раньше, но не в силах ничего сделать, так как управлять ни своими эмоциями, ни поведением не могут.

У некоторых наблюдается эмоциональная амбивалентность – одновременное существование двух противоположных эмоций, например любви и ненависти, интереса и отвращения.

Амбитендентность – расстройство, аналогичное амбивалентности,

проявляющееся двойственностью стремлений, побуждений, действий, тенденций. Так, человек считает себя одновременно и больным, и здоровым, хочет услышать слова одобрения, но все делает для того, чтобы его ругали, протягивает руку за каким-то предметом и тут же отдергивает ее. Это может сказываться и на поведении: больной шизофренией ласкает своего ребенка или подругу и одновременно причиняет боль, после нежных слов может без всякого повода дать пощечину, целует и щиплет или кусает.

Может быть диссоциация эмоциональной сферы – больной смеется, когда произошло печальное событие, или плачет при радостном событии. Больные равнодушны к горю своих родных, тяжелой утрате и печалются, увидев растоптанный цветок или

108

больное животное. Все эмоциональные проявления ослабевают. - Вначале бывает притупление эмоций, а затем развивается эмоциональная тупость.

Эмоциональная тупость – это недостаточность (бедность) эмоциональных проявлений, равнодушие, безразличие к своим близким, огрубление чувств. Утрачивается интерес и к самому себе, своему состоянию и положению в обществе, отсутствуют планы на будущее. Это состояние необратимо.

2. Нарушения волевой деятельности. Одновременно с эмоциональным может происходить и волевое оскудение. В самых выраженных случаях волевые нарушения называются абулией.

Абулия (от греч. *bule* – воля, а – отсутствие, отрицание) – частичное или полное отсутствие побуждений к деятельности, утрата желаний, в выраженных случаях – полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения с окружающими.

При утяжелении абулии больных ничто не волнует и не интересует, у них отсутствуют реальные планы на будущее, они не проявляют интереса к своей дальнейшей судьбе, им все безразлично. Окружающее тоже не привлекает их внимания, больные целыми днями молча и безучастно лежат в постели или сидят в одной позе. Они перестают элементарно обслуживать себя, не моются, естественные надобности справляют под себя или где попало.

При сочетании абулии с апатией говорят об апато-абулическом синдроме, при сочетании с обездвиженностью – об абулически-акинетическом синдроме.

Аутизм (от греч. *autos* – сам) – утрата контактов с окружающими, уход от действительности в свой внутренний мир, в свои переживания. Это не просто замкнутость, которая бывает при шизоидной психопатии и некоторых других личностных расстройствах. Аутистичным на ранних этапах шизофрении может быть и человек, формально контактирующий с окружающими, но в свой внутренний мир он никого не допускает, этот мир закрыт для всех, включая самых близких больному людей.

При выраженном аутизме теряются все прежние связи с друзьями, знакомыми и родными. В тяжелых случаях возникает недоступность – невозможность контакта с больным, обусловленная наличием у него психических расстройств (негативизма, бреда, галлюцинаций, расстройств сознания).

Негативизм (от лат. *negativus* – отрицательный) – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от любого действия, движения или сопротивление его осуществлению.

109

Бывает пассивным, когда больной не выполняет то, о чем его просят, или сопротивляется попытке изменить позу, положение тела; и активным, когда любые просьбы или указания вызывают противодействие, например больному протягивают руку для рукопожатия, а он прячет свою руку за спину, но как только врач убирает руку, больной протягивает свою.

При парадоксальном негативизме действия больного противоположны просьбам. Так, врач просит его подойти поближе, а он выходит из кабинета.



Речевой негативизм проявляется мутизмом.

Мутизм (от лат. *mutus* – немой) – это нарушение волевой сферы, проявляющееся в отсутствии ответной и спонтанной (произвольной) речи при сохранении способности больного разговаривать и понимать обращенную к нему речь.

3. Формальные нарушения мышления. Нарушения мышления при шизофрении называются формальными, так как они касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса. Прежде всего это затрагивает логическую связь между мыслями. На поздних этапах логическая связь утрачивается даже в пределах одной фразы. В самых тяжелых случаях наблюдается разорванность мышления, что проявляется и в разорванности речи – речь больных состоит из сумбурного набора отрывков фраз, совершенно не связанных между собой (словесная крошка).

В менее выраженных случаях наблюдается "соскальзывание" мыслей – лишенный логики переход от одной мысли к другой, его сам больной не замечает.

Нарушения мышления выражаются и в неологизмах (от греч. *neos* – новый, *logos* – речь, учение) – новообразованиях, выдумывании новых вычурных слов, которые понятны только самому больному, но непонятны окружающим. Диапазон неологизма может быть от нескольких придуманных слов до создания больным шизофренией собственного языка.

Нарушением мышления при шизофрении является и резонерство – бесплодные рассуждения на посторонние темы, которые могут не иметь никакого отношения к больному. Здесь чаще используют термин рассуждательство, которое в отличие от рассуждения непродуктивно, пространно, зачастую лишено логики, но логично с точки зрения больного. Могут быть и такие нарушения, как неуправляемый поток или два параллельно текущих потока мыслей, внезапные перерывы или "обрыв" в процессе мышления.

Помимо этих, наиболее общих для всех больных шизофренией негативных симптомов, наблюдается и так называемая продуктивная симптоматика – продукция болезненных проявлений

110

(бред, галлюцинации, псевдогаллюцинации и др.), а также помрачение сознания. Сочетание продуктивной симптоматики с негативной приводит к образованию характерных для шизофрении синдромов с закономерной динамикой.

Шизофрении свойственна прогрессиентность – неуклонное нарастание, прогрессирование и усложнение симптоматики. Степень прогрессиентности может быть различной – от вялотекущего процесса до злокачественно-прогрессиентных форм.

Исход шизофрении раньше был один – дефект, дефектное состояние с выраженным апатоабулическим синдромом, поскольку лечить это заболевание было нечем, но современная психиатрия располагает широким спектром психофармакологических средств, которые оказывают влияние на все психические нарушения при шизофрении. У психиатров появились большие возможности по лечению, реабилитации и реадaptации больных шизофренией.

Немало случаев, когда после перенесенного приступа у больных наблюдались ремиссии (послабление болезни, когда продуктивная симптоматика исчезает) по 10-25 лет, и они могли успешно работать, занимаясь высокопрофессиональной деятельностью, в том числе творческой.

Кроме прогрессиентных форм шизофрении, есть и другие, менее прогрессиентные (малопрогрессиентные, мягкие), когда больные даже не нуждаются в помещении в психиатрическую больницу, а могут принимать лекарственные препараты в амбулаторных условиях (дома, под контролем



участкового психиатра).

Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих шизофренией с различным типом течения, зависит от ряда факторов. В тех случаях, когда клиническая картина психоза или отчетливые изменения личности в период ремиссии (симптомы дефекта в эмоциональной, волевой и когнитивной сферах) не вызывают сомнения в отношении диагноза шизофрении, лицо признается невменяемым. Это хроническое психическое расстройство, когда даже ремиссия (улучшение состояния) носит нестойкий и неглубокий характер.

Если правонарушение совершается больными шизофренией, в прошлом перенесшими психотический приступ, в период стойкой и глубокой ремиссии без отчетливых изменений личности, то они обычно признаются вменяемыми. При развитии шизофрении уже после совершения правонарушения, в период следствия или после осуждения, во время нахождения в местах лишения свободы больные освобождаются от

111

отбывания наказания (ч. 1 ст. 81 УК, ст. 362 УПК), хотя в отношении инкриминируемых им деяний они признаются вменяемыми. Таким больным суд может назначить принудительные меры медицинского характера в психиатрическом стационаре.

Способность свидетелей и потерпевших, страдающих шизофренией, участвовать в судебно-следственном процессе, правильно воспринимать обстоятельства по делу и давать о них верные показания обязательно должна оцениваться с учетом сохраненных сторон их психической деятельности, а также в зависимости от характера анализируемой криминальной ситуации, участниками которой они оказались.

Довольно часто больные шизофренией проходят судебно-психиатрическое освидетельствование в гражданском процессе, когда решаются вопросы их дееспособности и установления над ними опеки.

112

[103](#) :: [104](#) :: [105](#) :: [106](#) :: [107](#) :: [108](#) :: [109](#) :: [110](#) :: [111](#) :: [112](#) :: [Содержание](#)  
[113](#) :: [114](#) :: [115](#) :: [116](#) :: [Содержание](#)

#### 6.1.2. Маниакально-депрессивный психоз

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения, циклотимия) проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Длительность фаз различна и составляет от нескольких недель до нескольких лет, средняя составляет три – шесть месяцев. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии). Женщины составляют 70% больных маниакально-депрессивным психозом.

Причина этого психоза остается до сих пор невыясненной, однако в 80% случаев выявляется наследственная отягощенность данными, а также другими психическими заболеваниями.

Маниакальная фаза проявляется тремя основными клиническими признаками: 1) повышенным, радостным настроением; 2) ускорением интеллектуальных процессов; 3) речевым и двигательным возбуждением. Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в течение всей маниакальной фазы.

Маниакальное возбуждение отличается ярко выраженным повышенным настроением, возникающим без видимой причины. Все окружающее рисуется больному в привлекательных красках, внимание не задерживается подолгу на неприятных событиях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считают с настроением окружающих и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми; повышенное настроение

113

и снижение критики сопровождаются переоценкой собственной личности. Идеи величия обычно сводятся к напоминающим хвастовство

несистематизированным и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своем таланте, остроумии, внешней привлекательности, большой физической силе и т.д. Может появиться улучшение памяти на прошлое, сопровождающееся нарушением запоминания. В таком состоянии больные нередко дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают хищения, растраты для удовлетворения возникающих многочисленных желаний. Маниакальное состояние сопровождается также расторможением и усилением влечений (пищевое, сексуальное). Особое значение имеет сексуальное возбуждение, проявляющееся в половой распущенности. Сексуальная расторможенность усиливается при приеме алкоголя.

По выраженности маниакального синдрома различают: легкое (гипоманиакальное) состояние, описанное выше выраженное маниакальное состояние и резкое маниакальное возбуждение (неистовство), при котором может развиваться состояние спутанности, сопровождающееся агрессивными, разрушительными действиями, направленными на все окружающее.

Депрессивная (меланхолическая) фаза как бы противоположна маниакальной фазе. По клиническим проявлениям она характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью интеллектуальных процессов и психомоторной заторможенностью. Тоска может стать безысходной, сопровождаться субъективными ощущениями безразличия к здоровью и судьбе своих близких, что больные особенно тяжело переживают, терзаясь мыслями о собственной черствости, бездушии.

Для депрессивной фазы характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Больные нередко совершают попытки самоубийства, которые для окружающих тем более неожиданны, чем менее выражено клинически депрессивное состояние больного и чем более тщательно диссимилируются суицидальные мысли и намерения. Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством, которое проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести себе повреждения: больные пытаются выброситься из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя. Отмечаются также замедленное течение мысли, представлений, трудности в оценке и понимании событий и явлений. Депрессивные явления

114

сочетаются с соматовегетативными нарушениями, запорами, сухостью слизистых, расстройством аппетита и т.д.

Смешанные состояния часто встречаются в клинике маниакально-депрессивного психоза. Они характеризуются определенным сочетанием у одного больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе одной фазы в другую. В зависимости от сочетания компонентов различных фаз выделяют заторможенную, непродуктивную манию, маниакальный ступор и т.д.

Циклотимия является легкой, смягченной формой маниакально-депрессивного психоза и встречается чаще, чем выраженные его формы. Симптомы очерчены нерезко, что затрудняет своевременное распознавание заболевания. В начале заболевания чаще встречаются маниакальные приступы, впоследствии они становятся реже и преобладают депрессивные.

В гипоманиакальной фазе больные вследствие несколько повышенного настроения, стремления к деятельности, речедвигательной оживленности мешают окружающим, бывают недисциплинированы, совершают прогулы, проявляют склонность к растратам, кутежам, половой распущенности.

В депрессивной фазе циклотимии (субдепрессивное состояние) больные испытывают некоторую подавленность, тоскливость, понижение работоспособности, заторможенность, что сопровождается понижением активности и продуктивности труда. Склонны к самообвинению, часто

совершают попытки самоубийства, для окружающих в большинстве случаев неожиданные, так как болезнь ранее никто не замечал.

В межприступном периоде (светлом промежутке) психическое здоровье больных практически восстанавливается, и они не обнаруживают болезненной симптоматики, но могут наблюдаться легкие аффективные колебания, подавленность, вялость. Такие периоды принято называть интермиссиями.

Судебно-психиатрическая оценка. Маниакально-депрессивный психоз часто представляет сложности в плане судебно-психиатрической оценки, так как судебно-психиатрическим экспертам приходится определять степень имеющихся у больного аффективных (эмоциональных) расстройств. В случае наличия у больного в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, обострения заболевания с развитием психотического приступа (как депрессивного, так и маниакального) теряется способность адекватно оценивать свое психическое состояние и сложившуюся ситуацию, критически осмысливать суть и последствия своих действий, руководить своим поведением в целом. В связи с повышенной

115

в таких состояниях сексуальной возбудимостью данные лица могут совершать развратные действия и изнасилования. Наряду с этим возможно возникновение перверсий (эксгибиционизм, гомосексуальные тенденции и т.д.), которые были не свойственны больным ранее и которые исчезают вместе с приступом болезни. Общественно опасные деяния, совершенные во время психотического приступа, влекут невменяемость. При менее выраженном маниакальном состоянии (например, при циклотимии) больные могут заключать противозаконные сделки, совершают растраты, нарушают трудовую дисциплину. Они чаще попадают на судеб-но-психиатрическую экспертизу в качестве потерпевших.

В депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза больные на судебно-психиатрическую экспертизу попадают реже. Им свойственны попытки самоубийства или расширенного самоубийства. Обычно они их совершают в состоянии психотической депрессии, когда на фоне подавленного настроения, чувства глубокой тоски, депрессивных бредовых идей самообвинения и самоуничтожения возникают суицидальные мысли, бредовые мысли депрессивного содержания (что жизнь зашла в тупик, мир рухнет, поэтому близких, особенно детей, необходимо убить, чтобы избавить от мучений). Больные, совершившие общественно опасное деяние в период психотической депрессии, также признаются невменяемыми.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза при суициде нередко выявляет, что у лица, совершившего самоубийство без какого-либо внешнего повода, была депрессивная фаза маниакально-депрессивного психоза. Лица, совершившие правонарушения в "светлом промежутке" (состояние интермиссии), признаются вменяемыми.

116

[113](#) :: [114](#) :: [115](#) :: [116](#) :: [Содержание](#)

[116](#) :: [117](#) :: [118](#) :: [119](#) :: [120](#) :: [Содержание](#)

### 6.1.3. Эпилепсия

Эпилепсия – хроническое психическое заболевание, проявляющееся в судорожных припадках и психических нарушениях.

Термин "эпилепсия" введен врачом Авиценной в XI в. До него эту болезнь называли "падучей" из-за того, что в момент припадков больные теряли сознание и падали. Также ее называли "священной", "лунной" (из-за снохождения – лунатизма).

Клиника эпилептической болезни очень разнообразна, ее проявления можно разделить на три группы состояний:

116

- 1) кратковременные судорожные и бессудорожные параксизмальные

состояния; 2) острые и затяжные психозы; 3) изменения личности и слабоумие. Заболевание протекает в форме припадков, которые при эпилепсии бывают большими и малыми.

При большом эпилептическом припадке за несколько часов или суток возникают предвестники припадков – беспокойство, раздражительность, ощущение подергивания отдельных мышц лица и тела. Могут быть сердцебиение, чувство тяжести в голове, светобоязнь, ухудшение слуха, обоняния и вкуса.

Примерно у половины больных эпилепсией перед припадком возникает аура (греч. аура – дуновение). Аура бывает различной. Могут возникать различные ощущения в органах чувств – сенсорная аура, например при зрительной возникают вспышки света или предметы становятся необычайно ярко окрашенными, при слуховой больные слышат звуки, которых на самом деле нет. Длится аура несколько секунд. Обычно опытные больные уже знают, что за ней последует припадок, и могут даже подавить его развитие, нанося себе резкие болевые раздражения, сильно напрягая все мышцы тела, глубоко вдохнув и задержав дыхание.

После ауры возникает тоническая фаза эпилептического припадков, которая проявляется резким напряжением всей мускулатуры. Больной может издавать характерный крик из-за выталкивания воздуха через судорожно суженную голосовую щель. Во время припадков больной падает на пол, землю, предметы, чаще всего лицом вперед. Во время припадков возможны переломы, вывихи и ушибы. Обычно глаза у него открыты, зрачки расширены, дыхание останавливается, возникают синюшность лица и кожных покровов, непроизвольное мочеиспускание.

Тоническая фаза продолжается около 30 с. Затем наступает фаза клонических судорог. Происходят судорожные сокращения попеременно то сгибательной, то разгибательной мускулатуры туловища, рук и ног. Дыхание хриплое, клочущее, синюшность постепенно проходит. Глаза больного закатываются. Возникает прикус языка и слизистой оболочки рта, из-за этого на губах появляется кровавая пена. Через 1-2 мин судороги ослабевают, а затем проходят.

Постприпадочное состояние длится от нескольких минут до 1-2 ч. Взгляд больного блуждающий, сознание неясное, он плохо осознает окружающее, речь бессвязная, затем наступает сон, но некоторые больные после припадков могут встать.

Когда припадки следуют один за другим и в промежутках между ними больной не приходит в сознание, развивается опасное состояние, которое называется эпилептическим статусом.

117

Малые припадки – это кратковременная, не более 10 с, потеря сознания, судорожные расстройства незначительны. Больной при этом не падает, и окружающие могут даже не заметить припадков.

Разновидностью малого припадков является абсанс (фр. – отсутствие). Больной на несколько секунд как бы выключается, замолкает или невнятно бормочет, а потом продолжает прерванный разговор.

Вместе с тем необходимо ограничивать эпилептические припадки от истерических, которые возникают обычно после волнения чаще всего на людях, в присутствии зрителей, с элементами демонстративности<sup>™</sup>. Судороги при истерическом припадке не имеют той последовательности, которая бывает при эпилепсии (сначала тонические, затем клонические). Истерические припадки очень продолжительны, но прикуса языка, пены изо рта и непроизвольного мочеиспускания не наблюдается, кроме того, зрачки реагируют на свет, сознание нарушается не глубоко и под влиянием внешнего воздействия припадок может прекратиться. В редких случаях у одного и того же лица могут наблюдаться как эпилептические, так и истерические



припадки.

Припадки бывают и при так называемой симптоматической эпилепсии, которая является следствием травм, опухолей, сифилитических, алкогольных и наркоманических поражений мозга. Ведь судорожный припадок – это реакция мозга на различные раздражители (интоксикации). Особенно легко такая реакция может возникать у детей при высокой температуре в связи с инфекционным заболеванием, при наличии глистов в кишечнике и др. Подобные судорожные припадки у детей, называемые "фебрильные", далеко не всегда приводят к развитию эпилепсии.

Психические нарушения при эпилепсии могут быть в виде психических эквивалентов, которые как бы являются заменой припадков, а также в виде постепенно нарастающих хронических изменений психической деятельности – изменений личности больного, его характера и интеллекта.

Дисфория – тоскливо-злобное настроение, возникающее без всякой причины. Больной мрачен, угрюм, всем недоволен, может быть агрессивен. Дисфория может длиться несколько часов или дней и заканчивается так же внезапно, как и возникла. В период дисфории может возникнуть неудержимое влечение к алкоголю – дипсомания, периодический запой.

Сумеречное расстройство сознания – нарушение сознания, при котором окружающее воспринимается в искаженном виде.

118

Появляются страх, злоба, агрессивность, стремление куда-то бежать. Возникают бред и галлюцинации. Из-за этих переживаний больные могут совершить общественно опасные деяния, вплоть до убийства.

Амнезия на весь период сумеречного состояния сознания характерна для этого тяжелого нарушения. Амнезия наблюдается и при других психических эквивалентах по выходе из состояния нарушенного сознания.

Амбулаторный автоматизм сопровождается сумеречным расстройством сознания, но внешне поведение больного может выглядеть целенаправленным и упорядоченным, и окружающие могут ничего не заметить. Поведение и поступки больного носят автоматизированный характер и сосредоточены на определенном круге явлений. В таком состоянии больной способен совершать длительные путешествия: покупает билет и садится в поезд, а приехав в другой город и очнувшись, не понимает, как туда попал.

Сомнамбулизм (снохождение, лунатизм) чаще всего бывает у детей и подростков и рассматривается как эквивалент припадка. Больные ночью встают, ходят, могут выйти на балкон, пройти по карнизу, взобраться на крышу. Потом они возвращаются в постель или засыпают на улице, проснувшись, ничего не помнят.

Хронические психические нарушения проявляются в виде нарушений характера, нарушений процесса мышления и развития эпилептического слабоумия.

При длительном течении заболевания у больных появляются ранее несвойственные им черты, формируется так называемый эпилептический характер, которому присуща тугоподвижность, инертность всех психических процессов, прежде всего эмоций и мышления.

При длительном течении заболевания развивается эпилептическое слабоумие.

Судебно-психиатрическая оценка психических нарушений, свойственных эпилептической болезни, сложна. Трудности возникают при диагностике этого заболевания, проводимого, как правило, ретроспективно, так как во время проведения экспертизы, даже стационарной, не всегда можно наблюдать эпилептические припадки и его эквиваленты. В таких случаях эксперты пользуются медицинской документацией и данными лабораторных исследований. Электроэнцефалографическое исследование позволяет в большом проценте случаев выявить наличие специфической эпилептической



биоэлектрической активности мозга, которая может присутствовать у больных эпилепсией даже на фоне лечения.

119

При установленном диагнозе необходимо доказать наличие или отсутствие тех или иных судорожных припадков или состояний нарушенного сознания в момент совершения правонарушения. В этом отношении наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют большие и малые припадки, а также сумеречные состояния. При экспертной оценке состояния водителя во время совершения дорожно-транспортного происшествия важное значение имеет констатация большого, малого припадка или состояния абсанса в момент аварии. Лица, совершившие данные противоправные деяния в указанных состояниях, признаются невменяемыми, так как подпадают под понятие временного расстройства психической деятельности – медицинского критерия ст. 21 УК, а наличие нарушенного сознания лишает их возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

120

[116](#) :: [117](#) :: [118](#) :: [119](#) :: [120](#) :: [Содержание](#)

[120](#) :: [121](#) :: [122](#) :: [123](#) :: [Содержание](#)

## 6.2. Олигофрении

Олигофрении (греч. – малоумие) – это группа различных по этиологии и патогенезу непрогредиентных болезненных состояний психики, связанных с нарушением онтогенеза, общим признаком которых является наличие врожденной или приобретенной в раннем детском возрасте (до трех лет) общей психической неполноценности с преимущественной недостаточностью интеллектуальных функций. У таких лиц первоначально нарушаемы восприятие, мышление, память, речь, эмоции и др.

Характерной особенностью олигофрении является то, что присущие для них психические расстройства возникают не в результате снижения интеллекта и иных функций психики, как это наблюдается при всех других психических заболеваниях, а представляют собой их изначальное недоразвитие.

Основными признаками олигофрении являются: 1) психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы; 2) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности; 3) замедленный темп психического, а часто и физического развития индивида.

Клинические проявления олигофрении многообразны, что связано с разнообразием клинических форм и различной степенью

120

психического недоразвития. Несмотря на это, все они обладают общими признаками, позволяющими объединить все формы патологии в единую группу.

Отличительной особенностью олигофрении является наличие тотального психического недоразвития, что проявляется не только в нарушении познавательной, интеллектуальной деятельности, но и в мышлении, восприятии, речи, моторики, эмоционально-волевой сфере. Наряду с этим отмечается слабость активного, целенаправленного внимания. Память недостаточная, особенно страдает высший ее уровень – логическое и опосредованное запоминание, в то время как механическая память может быть сохранена и даже гипертрофированно развита.

Существенное место в структуре психического недоразвития занимают нарушения развития речи. Речь формируется с запозданием, часто фонетически искажена, нарушен ее грамматический строй, фразы бедны, односложны. Волевая сфера характеризуется слабостью побуждений и инициативы, отсутствием или недостаточной самостоятельностью. Поступки отличаются импульсивностью, необдуманностью, нецеленаправленностью.

Отсутствует борьба мотивов, часто наблюдается негативизм.

У олигофренов отмечаются признаки общего физического недоразвития, диспропорциональность туловища и конечностей, искривление позвоночника, церебрально-эндокринная недостаточность, недоразвитие половых органов, нарушение темпов и сроков полового созревания. Так, конечности у них несоразмерной длины, череп нередко неправильного строения, голова или слишком маленькая (микроцефалия), или очень большая (макроцефалия), чаще всего в результате нарушения внутричерепного давления или водянки мозга.

Степень выраженности олигофрении может быть различной. По степени умственной недостаточности олигофрены подразделяются на три группы: дебильность, имбецильность, идиотия.

Идиотия – наиболее выраженная форма врожденного умственного слабоумия. С раннего детства отмечается выраженное отставание больных в психическом и физическом развитии. Большинство больных неподвижны или резко ограничены в подвижности. Выражение лица обычно бессмысленное, речь не формируется. Они могут издавать только нечленораздельные звуки, отдельные слоги. Обращенную к ним речь не понимают, с ними возможны лишь самые примитивные формы общения. Навыки самообслуживания и опрятности не формируются, они страдают недержанием мочи и кала. Поведение внешне немотивированное.

121

Могут наблюдаться отдельные импульсивные поступки, агрессия. Они практически не способны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Имбецильность – тупоумие. У больных этой группы медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые больные нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Только часть больных с имбецильностью осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. При умеренной умственной отсталости интеллект не развит в достаточной степени и больные не могут усваивать систему морально-нравственных запретов и основные нормы социально значимого поведения, не способны к самостоятельной семейной, общественной и трудовой деятельности. Вместе с тем имбецилы могут освоить элементарные житейские навыки, следить за собой и своей одеждой, научиться простой механической работе (носить воду, полоть огород), которую выполняют под присмотром других.

Дебильность – легкая степень умственной отсталости. Больные этой группы олигофрении, хотя и приобретают речевые навыки с задержкой, способны использовать речь в различных целях, участвовать в клиническом расспросе. Они могут учиться и в нормальной школе, но успевают плохо и нередко оставляют школу после двух-трех лет обучения. Способны усвоить трудовые навыки наиболее простого характера. Основные затруднения обычно наблюдаются при повышении требований социальной среды, необходимости освоить чтение и письмо, ориентации в символической среде, "осложненной" контекстами, значениями и ценностями. Лица с легкой умственной отсталостью справляются с требованиями, связанными с семейной жизнью, воспитанием детей или с адаптацией к культурным традициям и нормам. Они повышено внушаемы, склонны к подражанию и пуэрильности, что в отдельных случаях может использоваться другими лицами в целях совершения преступления.

Судебно-психиатрическая оценка. Лица с идиотией и имбецильностью крайне редко направляются на судебно-психиатрическую экспертизу на предмет решения вопроса об их вменяемости, так как безынициативны, не способны к самостоятельной организации своего поведения, находятся под постоянным

надзором и не совершают общественно опасных деяний. Чаще всего они в силу их пассивной подчиняемости и внушаемости являются объектами

122  
сексуальных посягательств и поэтому направляются на судебно-психиатрическую экспертизу на предмет определения их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Эти лица не способны понимать противоправность и наказуемость тех или иных деяний, давать оценку юридически значимым ситуациям. Они невменяемы, недееспособны и не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Лица с легкой умственной отсталостью (дебильность) способны сознательно регулировать свое поведение в юридически значимых ситуациях, могут предвидеть последствия своих поступков. Это основной аргумент в пользу признания таких лиц вменяемыми. В некоторых случаях, при правонарушениях, требующих разного объема осмысления их противоправного характера, возможно заключение о вменяемости в отношении одного общественно опасного деяния и невменяемости в отношении другого. Аналогичным образом дебилизм не мешает субъекту своими действиями приобретать для себя гражданские права и нести обязанности, а также правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

123

[120](#) :: [121](#) :: [122](#) :: [123](#) :: [Содержание](#)

[123](#) :: [124](#) :: [125](#) :: [126](#) :: [Содержание](#)

6.3. Психические расстройства Вследствие органических патологий головного мозга

6.3.1. Травматическое поражение головного мозга

Травмы головного мозга и их последствия остаются одной из наиболее трудных и нерешенных проблем современной медицины и имеют огромное значение в связи с распространенностью и тяжелыми медицинскими и социальными последствиями. По данным проведенного в начале 90-х гг. XX в. эпидемиологического изучения черепно-мозгового травматизма, на территории России ежегодно получают только повреждения головного мозга свыше 1200 тыс. человек. В структуре инвалидности и причин смерти черепно-мозговые травмы и их последствия длительное время занимают второе место после сердечно-сосудистой патологии. Больные, перенесшие черепно-мозговые травмы, составляют значительное число лиц, находящихся на учете в психоневрологических диспансерах. Среди судебно-психиатрического контингента

123

немалую долю составляют лица с органическими поражениями головного мозга и их последствиями травматической этиологии.

Под травмами головного мозга понимают разнообразные по видам и степени тяжести механические повреждения головного мозга и костей черепа.

Черепно-мозговые травмы делятся на открытые и закрытые. В отличие от открытой при закрытой травме головы выделяют сотрясение головного мозга (коммоция), ушибы (контузия) и баротравмы. Ушиб головного мозга характеризуется очаговым макроструктурным повреждением мозгового вещества различной степени (геморрагия, деструкция), а также кровоизлияниями, переломами костей свода и основания черепа, выраженность которых зависит от тяжести контузии. Обычно наблюдаются отек и набухание головного мозга, которые могут быть локальными и генерализованными.

Травматическая болезнь головного мозга. Патологический процесс,

развивающийся в результате механического повреждения головного мозга и характеризующийся при всем разнообразии ее клинических форм единством этиологии, патогенетических механизмов развития и исходов, называется травматической болезнью головного мозга. В результате травмы головы одновременно запускается два противоположно направленных процесса – дегенеративный и регенеративный, которые идут с постоянным или переменным преобладанием одного из них. Это и определяет наличие или отсутствие тех или иных клинических проявлений, особенно в отдаленном периоде травмы головы. Пластическая перестройка мозга после перенесенной травмы головы может длиться долгое время (месяцы, годы и даже десятилетия).

В течение травматической болезни головного мозга выделяют четыре основных периода: начальный, острый, подострый и отдаленный.

Наибольший интерес представляет отдаленный период травматической болезни, который продолжается несколько лет, а иногда всю жизнь больного. Аффективная патология характерна для этого периода травматической болезни. Она может проявляться неглубокими депрессивными нарушениями в сочетании с более или менее выраженной аффективной лабильностью, когда по незначительному поводу легко возникают колебания настроения в сторону его понижения. Депрессивные расстройства обычно

124

сопровождаются повышенной возбудимостью, раздражительностью, гневливостью либо мрачностью, угрюмостью, недовольством окружающими, расстройством сна, нарушением трудоспособности. Для большинства больных лиц характерно снижение порога психогенной чувствительности. Это приводит к учащению ситуационно обусловленных истерических реакций и иных примитивных форм выражения протеста (ауто- и гетероагрессия, реакции оппозиции), нарастанию грубости и аффективного реагирования. Формы их поведения в таких случаях определяются кратковременными аффективно-взрывными реакциями с повышенной раздражительностью, возбудимостью, обидчивостью, сензитивностью, неадекватностью реагирования на внешние воздействия.

В редких случаях после тяжелых травм головы развивается травматическое слабоумие. Поведение больных с травматическим слабоумием определяется эмоциональным огрубением, исчезновением семейных привязанностей, снижением морально-этического порога, цинизмом. На этом фоне обычно по незначительному поводу легко возникают эксплозивные и истерические реакции, нередко сменяющиеся депрессивными расстройствами со снижением интересов, вялостью, пассивностью, адинамией. Наступает грубое снижение социальной адаптации.

В течение травматической болезни возможно появление пароксизмальных расстройств и состояний измененного сознания (травматическая эпилепсия). Пароксизмальные расстройства возникают как в течение первого года после перенесенной травмы, так и в отдаленном ее периоде через 10–20 и более лет. Иногда наблюдаются эпизоды сумеречного помрачения сознания. Больные в таком состоянии двигательны возбуждены, агрессивны, по окончании психоза отмечается терминальный сон и амнезия.

Противоправные деяния в таких состояниях всегда направлены против жизни и здоровья окружающих, не имеют адекватной мотивации, отличаются жестокостью, неприятием мер по сокрытию преступления и переживанием чуждости содеянного. В судебно-психиатрической практике они нередко оцениваются как кратковременные болезненные расстройства психической деятельности в форме сумеречного состояния.

В отдаленном периоде травматической болезни могут возникать травматические психозы, которые обычно наступают спустя 10–15 лет после перенесенной травмы головы. Развитие их проецируется повторными

травмами головы, инфекционными заболеваниями, психогенными воздействиями. Протекают в виде аффективных или галлюцинаторно-бредовых расстройств.

125

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших травмы головы, неоднозначна и зависит от стадии заболевания и клинических проявлений болезни. Наиболее сложна экспертная оценка острого периода травматической болезни, поскольку эксперты не наблюдают его лично. Особое значение приобретает экспертная оценка потерпевших.

В отношении лица, совершившего противоправное деяние, наибольшее значение имеют легкая и средняя степени тяжести черепно-мозговой травмы, поскольку сознание в этих случаях помрачено неглубоко. Эти состояния подпадают под понятие временного психического расстройства и свидетельствуют о невменяемости лица в отношении инкриминируемого ему деяния.

Судебно-психиатрическая экспертиза отдаленных последствий травмы головы в основном касается решения вопроса о вменяемости этих лиц. К моменту совершения преступления и производства экспертизы у них обычно имеются незначительные посттравматические расстройства в виде психопатоподобных, неврозоподобных, аффективных и астенических нарушений, что не исключает их вменяемости. При наличии выраженных интеллектуально-мнестических нарушений вплоть до травматического слабоумия больные должны признаваться невменяемыми.

126

[123](#) :: [124](#) :: [125](#) :: [126](#) :: [Содержание](#)

[126](#) :: [127](#) :: [128](#) :: [129](#) :: [Содержание](#)

6.3.2. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга

Сосудистые заболевания головного мозга являются следствием общего заболевания сосудистой системы. Психические расстройства сосудистого генеза являются наиболее часто встречающейся формой патологии, особенно в позднем возрасте. После 60 лет они обнаруживаются почти у каждого пятого пациента.

У больных с психическими расстройствами при церебральном атеросклерозе и гипертонической болезни, относящихся к различным формам сосудистой патологии, обнаруживают много общего: возрастной фактор, наследственность, преморбидные черты, различные экзогенные вредности (алкоголизм, черепно-мозговые травмы, психогении). Все это объясняет общность патогенеза, клинической и патоморфологической картины этих разновидностей общего сосудисто-мозгового процесса, особенно на ранних стадиях его развития.

При описании и группировке клинических проявлений церебрального атеросклероза следует исходить из общепринятых

126

представлений о стадиях развития церебрального сосудистого процесса. Имеются свои, характерные для каждой стадии клинические (психопатологические) и морфологические (структурные) особенности. Развитие процесса, обусловленного церебральным атеросклерозом, характеризуется трехстадийностью: I стадия – начальная (неврастеноподобная), II – выраженных психических расстройств и III – дементная.

Наиболее частым проявлением I, начальной, стадии (примерно одна треть случаев) церебрального атеросклероза является неврастеноподобный синдром. Основные признаки этого состояния: быстрая утомляемость, слабость, истощаемость психических процессов, раздражительность, эмоциональная лабильность. В одних случаях могут возникать реактивно



обусловленные и депрессивные состояния, в других – наиболее выражен психопатоподобный (с раздражительностью, конфликтностью, неуживчивостью) или ипохондрический синдром. Больные жалуются на головокружение, шум в ушах, снижение памяти.

Во II стадии (период выраженных психических расстройств), как правило, нарастают мнестико-интеллектуальные расстройства: значительно ухудшается память, особенно на события настоящего, мышление становится инертным, обстоятельным, нарастает эмоциональная лабильность, отмечается слабодушие. Церебральный атеросклероз у больных нередко сочетается с гипертонической болезнью.

При мозговом атеросклерозе возможны и психотические состояния. Для судебно-психиатрической оценки наибольшее значение имеют психозы, протекающие с картиной депрессивных, параноидных и галлюцинарно-параноидных синдромов, состояния с помрачением сознания.

В ряде случаев судебно-психиатрическое значение могут иметь подостро протекающие параноидные синдромы. Эти больные в преморбидном состоянии отличаются замкнутостью, подозрительностью или имеют тревожно-мнительные черты характера. Нередко наследственность у них отягощена психическими болезнями, в анамнезе отмечается алкоголизм. Содержание бреда разнообразно: наиболее часто высказываются бредовые идеи ревности, преследования, отравления, иногда идеи ущерба, ипохондрический бред. При этом бредовые идеи нередко сочетаются друг с другом, сопровождаются злобными вспышками раздражительности, агрессией. В таком состоянии они могут совершать тяжелые общественно опасные действия. Несколько реже при атеросклеротических психозах наблюдается депрессия, которая

127

длится, как правило, от нескольких недель до нескольких месяцев, часто наблюдаются ипохондрические жалобы. После выхода из депрессивного состояния у больных не обнаруживается выраженного органического снижения, но они слабодушны, настроение их неустойчиво. Через некоторое время депрессия может повториться.

III стадия (дементная) характеризуется периодом выраженных психических расстройств. Иногда наблюдаются эпилептиформные пароксизмы, чаще это атипичные первично-генерализованные судорожные припадки и психомоторные эпизоды с автоматизмами. Помимо пароксизмальных расстройств, у больных наблюдаются психические нарушения, близкие к эпилептическим. Темп нарастания деменции постепенный, выраженная деменция наступает через 8–10 лет после появления этого синдрома.

Психические патологии у больных с церебральным атеросклерозом сочетаются с соматическими расстройствами (атеросклероз аорты, коронарных сосудов, кардиосклероз) и неврологическими симптомами органического характера (вялая реакция зрачков на свет, сглаженность носогубных складок, неустойчивость в позе Ромберга, тремор рук, синдром орального автоматизма).

В структуре гипертонических психозов, имеющих сходную по основным синдромам с атеросклеротическими психозами клиническую картину, более выражены аффективные расстройства: тревога доминирует и выражена наряду с бредом, депрессией, галлюцинозом, что позволяет оценить эти состояния как тревожно-бредовые, тревожно-депрессивные синдромы. Психические нарушения при церебральной сосудистой гипотонии по происхождению близки к аналогичным проявлениям при гипертонической болезни и могут иметь сходные формы. Наиболее частым синдромом при гипотонии является астенический. Психотические расстройства определяются эффектными нарушениями (тревожной депрессией) и кратковременными расстройствами сознания (эпизоды сумеречных

расстройств сознания).

Судебно-психиатрическая оценка. Лица с начальной стадией заболевания – неврастеноподобным синдромом, неглубокой депрессией, а также психопатоподобными проявлениями (с раздражительностью, вспыльчивостью, конфликтностью), которые сочетаются с такой же незначительной выраженностью соматических и неврологических расстройств, не лишены способность осознавать общественно опасный характер совершенного ими деяния и могут руководить ими, т.е. признаются вменяемыми.

128

Невменяемыми признаются только лица с явлениями выраженного слабоумия или совершившие инкриминируемое им деяние в период сосудистого психоза. Что касается медицинских мер в отношении этих лиц, то лишь немногие из них нуждаются в направлении на принудительное лечение – злобные, возбудимые, с бредовыми идеями ревности, преследования. В большинстве же совершившие деяние, не представляющее большой общественной опасности, больные, в поведении которых доминирует вялость, малая активность, могут быть направлены в психиатрические больницы общего типа или помещены в учреждения социального обеспечения. Атеросклеротическое слабоумие, развившееся после осуждения, является основанием для освобождения лица от дальнейшего отбывания наказания.

Достаточно сложны для судебно-психиатрической оценки постинсультные состояния у лиц с сосудистыми поражениями головного мозга. При этом в остром периоде, протекающем с мерцанием сознания, частичной ориентировкой в окружающем, расстройством речи и другими психопатологическими нарушениями, заключенные сделками больными должны признаваться недееспособными. В отдаленном периоде экспертная оценка определяется степенью и глубиной психических изменений, возникших после перенесенного мозгового кровоизлияния. При этом лица с выраженным постинсультным слабоумием признаются недееспособными. Отсутствие выраженных интеллектуально-мнестических расстройств, сохранность критики не препятствуют признанию лица дееспособным.

129

[126](#) :: [127](#) :: [128](#) :: [129](#) :: [Содержание](#)

[129](#) :: [130](#) :: [131](#) :: [132](#) :: [133](#) :: [Содержание](#)

### 6.3.3. Психозы в предстарческом и старческом возрасте

Самую многочисленную группу больных с психическими расстройствами, обусловленными органическим поражением головного мозга и патологией других систем организма, составляют больные предстарческого (55–75 лет) и старческого возраста (76 лет и более).

Старению организма сопутствует изменение всех его функций, как биологических, так и психических. Однако характер этих изменений и время их проявления имеют индивидуальные особенности и колеблются в широких пределах. При этом психические возрастные изменения не всегда соответствуют соматическим проявлениям старения организма. Так, относительно рано начинает ослабевать у человека способность воображения – его яркость,

129

образность, ухудшается также подвижность психических процессов, возможность быстрого переключения внимания. Несколько позже ухудшается усвоение новых знаний. Возникают трудности в воспроизведении нужных в данный момент сведений (элективное расстройство памяти). Видоизменению с возрастом подвергаются и эмоциональные проявления, развивается эмоциональная неустойчивость, тревога, возникает склонность к застреванию на неприятных переживаниях, тревожно-депрессивная окраска настроения. Время появления возрастных изменений психики, как правило, индивидуально. Вместе с тем выделяются определенные периоды жизни

человека, в которых наблюдается появление этих возрастных изменений. Возраст, который обычно считается началом возникновения психических изменений, связанных с инволюцией, составляет 50-60 лет. Психические расстройства у лиц пожилого и старческого возраста могут проявляться как в форме пограничных психических расстройств, так и в виде выраженных расстройств психики – грубые расстройства памяти, слабоумие, бред и т.д.

Неврозоподобные нарушения проявляются в виде нарушения сна, различных неприятных ощущений в теле, эмоционально неустойчивого настроения, раздражительности, безотчетной тревоги и опасений за благополучие близких, свое здоровье и т.д. Случаи физического недомогания, соматическое неблагополучие часто наводят на мысль о наличии какого-либо неизлечимого, "смертельного" заболевания. Происходящие изменения личности больного захватывают как характерологические, так и интеллектуальные его свойства. В характерологических особенностях происходит как бы заострение и утрирование отдельных, свойственных больному ранее личностных черт. Так, недоверчивость переходит в подозрительность, бережливость – в скупость, настойчивость. – в упрямство. Интеллектуальные процессы утрачивают свою яркость, ассоциации становятся бедными, снижаются качество и уровень обобщения понятий. Осмысление новых событий и явлений требует большого напряжения и времени, новая информация или вообще не усваивается, или усваивается с большим трудом. Прежде всего нарушается память на текущие события, сложно, например, вспоминаются события прошедшего дня. Происходит также снижение критики – возможность правильно оценивать свое психическое состояние и происходящие изменения.

Основные изменения в клинической картине лиц предстарческого и старческого возраста: ослабление памяти от легких расстройств

130

до амнестического (корсаковского) синдрома, ухудшение интеллектуальных способностей вплоть до слабоумия, нарушение эмоций – слабодушие, слезливость, апатия и т.д. Тяжелые психические расстройства, встречающиеся у ряда больных, связаны с дегенеративными и атрофическими изменениями головного мозга и изменениями в функционировании других систем организма. Все эти изменения сопровождаются типичными психическими расстройствами, получившими название болезней Альцгеймера, Пика (по имени психиатров, впервые их описавших), старческого слабоумия и т.д.

Болезнь Альцгеймера. Заболевание чаще развивается постепенно, средний возраст больных, когда они заболевают, 55-60 лет, женщины заболевают в три и более раза чаще, чем мужчины. Для заболевания типичны прогрессирующая амнезия и тотальное слабоумие. В инициальном периоде болезни часто наблюдаются слезливо-раздражительные депрессии, параллельно с которыми отмечается быстро нарастающее ухудшение памяти, близкое к прогрессирующей амнезии. Вскоре же после появления первых признаков болезни развивается дезориентировка в пространстве. Особенностью болезни Альцгеймера является то, что больные довольно долго сохраняют общее формальное критическое отношение к своему состоянию в отличие от страдающих болезнью Пика. С развитием болезни прогрессирует слабоумие (тотальное). Поведение таких больных становится нелепым, они утрачивают все бытовые навыки, движения их часто совершенно бессмысленны. У больных рано проявляются речевые расстройства, афазии, эпилептиформные припадки, спастические контрактуры и т.д. По мере развития атрофического процесса в головном мозге к нарастающим психическим и неврологическим расстройствам присоединяются и трофические. Продолжительность заболевания варьируется от нескольких месяцев до десяти лет. Прогноз этого заболевания неблагоприятный.

Болезнь Пика. Заболевание возникает обычно в возрасте 50- 60 лет.

Наблюдается прогрессирующее расстройство личности: развиваются аспонтанность, равнодушие, безразличие. Больные ничего не делают по собственной инициативе, однако при наличии побуждающего стимула со стороны могут выполнять даже сложную работу. Иногда состояние приобретает псевдопаралитический характер и выражается благодушно-эйфорическим настроением с элементами расторможенности влечений. Отмечаются грубые расстройства памяти: больные забывают события прошедшего дня, текущие события, не узнают знакомых лиц, встречая

131

их в непривычной обстановке. Критическое отношение к своему состоянию отсутствует, и хотя больные огорчаются, когда убеждаются в своей несостоятельности, такая реакция кратко-временна. Обычно же у больных ровное, благодушное настроение. Отмечаются грубые нарушения мышления (тотальное слабоумие). Они не замечают явных противоречий в своих суждениях и оценках. Не понимают смыслового значения тех или иных событий, ситуаций. Для больных с болезнью Пика типичны так называемые стоячие симптомы – многократное повторение одних и тех же речевых оборотов. По мере развития болезни появляются и неврологические расстройства: агнозия, расстройство речи, апраксия и др.

Старческое слабоумие. Тотальное слабоумие сочетается с особыми мнестическими и интеллектуальными нарушениями. Болезнь начинается, как правило, незаметно: постепенно меняется психический облик больного, наблюдается эмоциональное оскудение с раздражительностью и ворчливостью, резко снижается круг интересов, усиливаются настороженность, упрямство наряду с внушаемостью и доверчивостью.

Наиболее яркими признаками заболевания, определяющими его клиническую картину, являются прогрессирующие расстройства памяти и слабоумие (тотальное). Формируются также бредовые идеи ограбления, обнищания и разорения. Память ухудшается прежде всего на текущие события, затем мнестические расстройства распространяются и на более ранние периоды жизни больного. Образовавшиеся пробелы памяти больные заполняют ложными воспоминаниями-псевдореминисценциями и конфабуляциями. Эмоциональные проявления больных резко суживаются и изменяются, наблюдаются либо благодушие, либо угрюмо-раздражительное настроение. Отмечаются диссонанс между нарушенной возможностью понимания ситуации и достаточной сохранностью привычных форм поведения и навыков, невозможность правильной оценки ситуации и обстановки в целом. Поведение пассивно и инертно, больные ничем не могут заняться или, напротив, суетливы, собирают вещи, пытаются куда-то уйти. Утрачиваются критика и способность адекватно понимать окружающее, текущие события, отсутствует понимание болезненности своего состояния. Нередко поведение больных характеризуется расторможенностью инстинктов – повышаются аппетит и гиперсексуальность. Сексуальная расторможенность проявляется в идеях ревности, попытках совершения развратных сексуальных действий в отношении малолетних.

132

Судебно-психиатрическая оценка. Предстарческий и старческий возраст характеризуются значительным снижением частоты преступлений, особенно с применением насилия, однако не касается числа половых преступлений, особенно против маленьких детей. В связи с наличием грубых психических расстройств лица предстарческого возраста могут совершать социально опасные действия, поступки, а также утратить возможность полноценно выполнять гражданские обязанности и пользоваться своими гражданскими правами.

В тех случаях, когда эти лица совершают уголовно наказуемые деяния или возникают сомнения в разумности их действий, поступков, относящихся к



гражданским делам, проводится судебно-психиатрическая экспертиза. В первом случае решается вопрос об их вменяемости, во втором – о дееспособности, т.е. о возможности в полной мере осознанно вести гражданские дела и пользоваться правами.

Лица с выраженными психическими расстройствами (психотические состояния и состояния слабоумия) признаются невменяемыми и недееспособными.

133

[129](#) :: [130](#) :: [131](#) :: [132](#) :: [133](#) :: [Содержание](#)

[133](#) :: [134](#) :: [135](#) :: [136](#) :: [Содержание](#)

#### 6.4. Психические расстройства при различных заболеваниях

##### 6.4.1. Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД)

СПИД – заболевание, передающееся медленным ретровирусом (Т-клеточный лимфотрофический вирус), который обладает лимфотропными и нейротропными свойствами и, следовательно, может непосредственно поражать нервную систему, вызывая разнообразные неврологические (миелопатия, невропатия) и психические расстройства (аффективные и психопатоподобные нарушения, деменция, психозы). ВИЧ обнаруживается в крови, сперме, слезах, цервикальных и вагинальных выделениях, слюне и спинномозговой жидкости, грудном молоке заболевших и носителей.

Среди развивающихся при СПИДе психических расстройствах выделяются расстройства, связанные с реакцией личности на факт заболевания СПИДом, и психические расстройства в результате органического поражения головного мозга.

Реакция на заболевание. Первой психологической проблемой, с которой сталкиваются больные СПИДом, является их социальная изоляция. У них распадаются семьи, от них отказываются

133

родственники и друзья, их часто необоснованно увольняют с работы. Даже в больнице в специализированном отделении они чувствуют барьер между собой и окружающими: врачи и медицинский персонал разговаривают с ними на расстоянии вытянутой руки, стараются к ним не прикасаться, иногда откровенно выражают им свою брезгливость, отказываются выполнять необходимые им медицинские манипуляции. Особенно тягостно положение ВИЧ-инфицированных детей: их исключают из школ, лишают общения со сверстниками. Все это вызывает у больных СПИДом негативную реакцию, приводит к развитию реактивных психических расстройств и может обусловить совершение ими различных асоциальных поступков.

Психические расстройства, связанные с реакцией личности на болезнь, отличаются атипичностью вследствие одновременно развивающегося органического поражения головного мозга. К ним относят реактивные состояния широкого диапазона: от психологической дезорганизации и аффективных и личностных расстройств до истерических, ипохондрических и параноидных психозов.

Прогрессирование заболевания примерно у половины больных вызывает развитие органических поражений головного мозга, которые проявляются снижением памяти, трудностями сосредоточения, апатией, явлениями физической и психической астении. У больных сужается круг общения, появляются постоянная сонливость (летаргия), прогрессирующие головные боли. Эти проявления психоорганического синдрома появляются часто задолго до развития манифестных признаков ВИЧ-инфекции – лихорадки, обильного ночного пота, диареи, лимфо-денотии, пневмонии и т.д. Первым признаком СПИДа в 40% случаев бывает депрессия. Часто именно по поводу депрессивных нарушений больные обращаются в психиатрические учреждения, где у них и выявляются признаки СПИДа.



Основными в рамках органического поражения головного мозга являются аффективные нарушения, среди которых преобладают тревога и депрессия. Тревога сопровождается ажитацией, паникой, бессонницей, идеями самообвинения или чувством безысходности и гнева, направленного на врачей и связанного с их беспомощностью в плане лечения заболевания. Это особенно характерно для больных, находящихся на длительном лечении в стационаре. Нередко отмечаются суицидальные мысли, выраженные ипохондрические тенденции. Характерными являются обсессивно-компульсивные расстройства. Навязчивые опасения касаются и

134

возможности случайного заражения родственников бытовым путем. Возможны случаи гомофобии и венерофобии.

Известны случаи шизофреноподобных, острых параноидных и депрессивных психозов, стойкие гипоманиакальные и маниакальные состояния, делириозные нарушения. Подобные психотические состояния могут длиться годами и непосредственно предшествуют признакам органического поражения головного мозга, так характерного для СПИДа.

Развитие органического поражения головного мозга в течение нескольких недель или месяцев заканчивается развитием слабоумия с психомоторной ретардацией, судорожными припадками, мугазмом, нарушениями сознания, недержанием мочи и кала, комой.

Заболевание СПИДом считается неизлечимым и заканчивается смертью больного. Причиной смерти являются тяжелые органические поражения головного мозга, развивающиеся при этом саркомы или другие злокачественные опухоли, а также различные соматические заболевания, в частности двусторонняя пневмония как наиболее частая причина смерти больных СПИДом.

Судебно-психиатрическая оценка должна основываться прежде всего на установлении нозологической сущности заболевания (в данном случае ВИЧ-инфекция), определении его клинической формы, типа течения и степени выраженности имеющихся психических нарушений. Так, клинически выраженное слабоумие обычно не вызывает сомнений при его клинической квалификации и признании этого лица невменяемым. Однако следует учитывать, что у больных нередко сохраняются привычные стереотипные формы поведения, в связи с чем они могут внешне производить впечатление достаточно сохранных.

При отягощении основного заболевания различными добавочными вредностями у ВИЧ-инфицированных часто возникают различные по своей клинической структуре и глубине состояния декомпенсации вплоть до психотических. При констатации психотических состояний в период совершения инкриминируемых им деяний эти лица также должны признаваться невменяемыми.

Однако чаще ВИЧ-инфицированные лица не утрачивают способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, в связи с чем они признаются вменяемыми. Это лица с психопатоподобными расстройствами, эпилептиформными синдромами, незначительными изменениями личности по психоорганическому типу.

135

Значительная аффективная неустойчивость, психическая инертность с концентрацией на отрицательно окрашенных переживаниях, вегетативно-сосудистая лабильность являются причиной возникновения у этих лиц в психогенно-травмирующей ситуации реактивных состояний, которые могут принимать затяжное течение. Возможны различные сочетания психогенных и органических психопатологических проявлений. В одних случаях под влиянием психической травмы обостряются и углубляются симптомы психоорганического дефекта личности, в других – психогенная реакция

принимает форму органических симптомов, в третьих – психогенная реакция маскирует психоорганический дефект, который обнаруживается только после сглаживания реактивных наслоений. Для более точной экспертной квалификации рекомендуется не решать диагностических и экспертных вопросов при первичном освидетельствовании, а направлять больных на принудительное лечение до сглаживания психогенных наслоений и уже после этого решать диагностические и экспертные вопросы.

136

[133](#) :: [134](#) :: [135](#) :: [136](#) :: [Содержание](#)

[136](#) :: [137](#) :: [138](#) :: [139](#) :: [Содержание](#)

#### 6.4.2. Психические расстройства при других заболеваниях

Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях довольно часто констатируют при наиболее тяжелых клинических формах. Глубина этих нарушений во многом зависит от интенсивности и продолжительности воздействия патологического начала основного заболевания. Кроме того, несомненно определенное значение при прочих равных условиях имеют возраст и общее состояние организма больного. В большинстве случаев психические нарушения, под влиянием интенсивного лечения основного заболевания, проходят бесследно. Но возможны, особенно при хроническом и длительном их течении, остаточные явления в виде органических изменений головного мозга (особенно после энцефалитов и менингитов) и соответствующей им психопатологической симптоматики. Именно последние и определяют отклонения в поведении таких больных, становясь объектом судебно-психиатрической экспертизы.

При хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы констатируют: неустойчивость настроения, склонность к тоскливости, тревоге, утомляемости, раздражительной слабости и т.д.

При остро развивающемся инфаркте миокарда возможны кратковременные сумеречные помрачения сознания. Но иногда отмечают

136

и двигательное возбуждение эпилептиформного характера, страхи, отдельные галлюцинаторно-бредовые проявления. Это состояние может привести таких лиц к неадекватному беспокойству, тревожности, неподдельному страху. Они мечутся, кричат, просят о помощи. В этом состоянии больные даже способны к совершению преступления.

При стенокардии нередко тревожно-аффективные расстройства. После повторных приступов у больных может развиваться ипохондричность, довольно часты кардиофобическое состояние и страх перед возможностью рецидива.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта довольно часто диагностируются эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражительность, плохой сон, ипохондричность, канцерофобия.

При заболеваниях печени и почек более характерны астенические состояния в виде подавленности, тоскливости, угнетения психических функций, а при хроническом и длительном течении – психопатоподобная симптоматика.

Психические нарушения при заболевании эндокринных желез выражаются как в обострении уже имеющихся черт характера больного, так и в виде выраженных собственно психических расстройств. Последние довольно часто наблюдаются при эндокринологических заболеваниях, например щитовидной железы (базедовой болезни), околощитовидных желез, гипофиза, надпочечников. Разберем некоторые из них.

При раковых заболеваниях часты астенические нарушения, психогенные депрессии, необъяснимая тревожность, аффективная неустойчивость, утомляемость, вялость, ослабление памяти и внимания. При кахексии на более поздних стадиях болезни возможны и психозы.

При туберкулезе и других хронических заболеваниях легких нередко депрессивные затяжные проявления, и лишь при значительном ухудшении

соматического состояния и выраженной интоксикации возможны психозы (ярко описанные А.П. Чеховым в знаменитом рассказе "Черный монах"). При хронических отравлениях химическими веществами (главным образом органическими растворителями – ацетоном, бензином и т.д.) констатируют развитие психопатоподобного синдрома с аффективными проявлениями, а иногда и эпилептиформными припадками и глубокими расстройствами психики по типу делирия. Нередко диагноз позволяет поставить характерная симптоматика, например ощущение "волоса" на языке, что типично для отравления тетраэтилсвинцом.

137

При острых инфекциях могут наблюдаться всякого рода невротические и иные умеренно выраженные психопатологические проявления, а иногда и психозы. Общими признаками почти для всех этих заболеваний являются нарушение сознания, дезориентировка в окружающем, появление тревоги, страхов, обильные, преимущественно зрительные галлюцинации, бредовая трактовка происходящего вокруг, появление резкого двигательного возбуждения, приводящего нередко к агрессии и совершению противоправных действий.

Психические нарушения при тифе. В некоторых случаях у таких лиц наблюдаются оглушенность, дезориентировка в месте, времени и окружающем, не так уж редки и обильные зрительные галлюцинации. Иногда наблюдаются страхи, двигательное возбуждение, больные срываются с постели, обороняются, набрасываются на других, пытаются выброситься в окно. С падением температуры у больных обычно исчезают и явления психоза. У иных же после выздоровления еще некоторое время ослаблена память и имеются отрывочные бредовые суждения (остаточный бред).

Психические нарушения при гриппе встречаются реже, а если и проявляются, то в основном в период наибольшего развития гриппозных симптомов, в период резкого подъема температуры.

Наибольшее значение придается психическим нарушениям при эпидемическом и клещевом энцефалитах, которые довольно часты у населения, особенно у тех, кто проживает, хотя бы временно (отпуск, дачный период, трудовая деятельность), в лесной местности.

Энцефалит – воспаление головного мозга, возникающее в результате воздействия инфекции. Типичным симптомом данного заболевания является расстройство сна, выражающееся то в упорной бессоннице, то в повышенной сонливости.

При хроническом течении эпидемического энцефалита в тяжелых случаях могут возникать отдельные параличи и парезы. В этих случаях отмечают: замедленную, монотонную речь, произношение слов с носовым оттенком и невнятно. Расстройство сна выражается в том, что ночью больные спят плохо, а днем обнаруживают повышенную сонливость, засыпая в любом месте и в любой позе, стоя в очереди, на ходу, во время прогулки. Для этого заболевания довольно характерна (в связи с ослаблением регулирующей и контролирующей функции коры над подкорковой областью) расторможенность инстинктивных влечений (особенно пищевого и полового). Особенно заметны явления расторможенности у детей, перенесших энцефалит.

138

При эпидемическом энцефалите слабоумие наступает редко и в довольно поздних стадиях заболевания. Обычно больные правильно оценивают свое состояние, память у них не изменяется, приобретенные навыки не утрачиваются, критика к своему состоянию не снижается, сознание не нарушается, бреда не бывает. Некоторые изменения обнаруживаются в эмоциональной сфере: больные беспричинно веселы, эйфоричны, иногда, наоборот, подавлены, плачут.

При судебно-психиатрической оценке обычно невменяемыми из числа таких

лиц признают только тех, которые обнаруживают глубокое слабоумие со снижением критики и нарушением процессов суждения, сопровождающееся явлениями расторможенности, импульсивности, двигательного беспокойства, повышенной суетливости, злобности, надоедливости, агрессивности.

Разрешение судебно-психиатрических вопросов при инфекционных психозах сопряжено со значительными трудностями. Наличие выраженного психоза в период совершения правонарушения является основанием для признания состояния невменяемости. Однако на практике могут иметь место не столь выраженные психические проявления, при которых больные не утрачивают способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить своим поведением. Тогда обвиняемых следует считать вменяемыми.

139

[136](#) :: [137](#) :: [138](#) :: [139](#) :: [Содержание](#)

[139](#) :: [140](#) :: [141](#) :: [142](#) :: [143](#) :: [144](#) :: [145](#) :: [146](#) :: [147](#) :: [148](#) :: [Содержание](#)

6.5. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

Под психоактивным веществом понимается любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение и восприятие окружающего, поведение либо другие, желательные с точки зрения потребителя, психофизические эффекты, а при систематическом приеме приводить к психической и физической зависимости.

Среди психоактивных веществ выделяют наркотики и токсические средства. Сюда не относятся лекарственные средства с психотропным эффектом (так называемые психотропные вещества), разрешенные к медицинскому применению фармакологическим комитетом.

139

Под наркотиком понимают вещество, соответствующее следующим критериям:

оно оказывает специфическое действие (седативное, стимулирующее, галлюциногенное и т.д.) на центральную нервную систему, что является причиной его немедицинского потребления (медицинский критерий);

немедицинское его потребление имеет большие масштабы и последствия этого приобретают социальную значимость (социальный критерий);

в установленном законом порядке оно признано наркотическим средством и включено Минздравом России в список наркотических средств (юридический критерий). Следовательно, к наркотическим средствам относят вещества, которые внесены в Список наркотических средств, определяемый ВОЗ.

Психоактивные средства, не отнесенные к списку наркотиков, обычно называются токсическими. Они обладают всеми психотропными свойствами наркотиков, имеют общие с ними закономерности формирования зависимости. Более того, расстройства вследствие формирующейся зависимости от некоторых токсических средств бывают даже более тяжелыми, чем при употреблении наркотиков. Однако социальная опасность злоупотребления ими пока не столь высока, и вследствие этого они наркотиками не признаны.

Медицинские классификации психоактивных веществ традиционно основываются на особенностях действия различных средств на центральную нервную систему (стимуляторы, галлюциногены, эйфоризаторы, транквилизаторы, седативные средства и т.д.) или на способах введения (ингалянты). Одно и то же вещество в зависимости от дозы и способа введения может оказывать неодинаковое действие.

В соответствии с МКБ-10 к психоактивным средствам относятся: алкоголь, опиоиды, каннабиоиды, седативные или снотворные вещества, кокаин, стимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители. Употребление психоактивного вещества, независимо от способа его введения,

приводит к развитию состояния острой интоксикации. Это состояние (синдром), возникающее после приема психоактивного вещества и характеризующееся психическими и телесными нарушениями (симптомами), меняющимися во времени, различными в начале, апогее и на спаде интоксикации.

Среди психических расстройств при состояниях интоксикации выделяют расстройства сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения.

140

Алкогольное опьянение. Традиционно выделяется три степени (стадии) острой алкогольной интоксикации: легкая, средняя и тяжелая. Легкой соответствует концентрация алкоголя в крови менее одной промилле, средней – двух-трех, тяжелой – свыше трех промилле.

В соответствии с основным аффектом окружающий мир воспринимается ярким, красочным, доброжелательным. Отмечается переоценка своей значимости и положительное отношение к себе других людей. Снижается способность к критической оценке своих поступков. Самосознание нарушается довольно грубо. Эпизоды утрированной переоценки собственной значимости могут перемежаться с самоуничтожением, самобичеванием. При тяжелой степени алкогольного опьянения нарушены все виды ориентировки: в месте пребывания, ситуации, времени и собственной личности.

Опьянение каннабиоидами. Каннабиоиды – это вещества, обладающие анальгезирующим, противосудорожным и гипнотическим эффектом. В данную группу входят препараты, приготовленные из различных частей конопли: марихуана (смесь листьев, соцветия), гашиш (смола, гашишное масло).

Опьянение каннабиоидами характеризуется эйфорией на фоне различных по глубине нарушений сознания, вплоть до онейроидных состояний.

Опьянение обычно сопровождается разнообразными расстройствами восприятия. В начале интоксикации субъективно ощущаются снижение слуха и остроты зрения: звуки кажутся глухими, контуры предметов – расплывчатыми. Затем способность к восприятию окружающего улучшается: цвет окружающих предметов приобретает особую яркость, красочность, звуки – громкость и ясность. Появляются деперсонализационные расстройства в форме нарушения схемы тела, раздвоенности своего "я". Эти переживания сопровождаются страхом "сойти с ума".

При передозировке гашиша или повышенной индивидуальной чувствительности к нему могут развиваться психотические формы опьянения (гашишные психозы) делириозно-онейроидной структуры в виде сумеречного помрачения сознания, острого параноида. Длительность острых интоксикационных психозов – от нескольких часов до нескольких дней.

Опийное опьянение. Опиоиды являются наиболее известными и распространенными в мире наркотиками. Они применяются в медицине как обезболивающие средства уже около 18 вв.

141

Опий – это естественный продукт, получаемый из высушенного млечного сока незрелых головок опийного (снотворного) мака. Известно около 20 различных алкалоидов, получаемых из опия. Это морфин, омнопон, кодеин, гидроморфин, дионин, а также героин (диацетилморфин), получаемый из морфина и обладающий в 10 раз большим наркотическим эффектом. К синтетическим опиатам, получаемым в лабораториях, относятся метадон (фенадон), пропоксифен, промедол, меперидин, леморан, де-морфан, эстоцин и др.

Состояние интоксикации при употреблении различных алкалоидов опия в общем идентично и характеризуется прежде всего выраженным эйфоризирующим эффектом.

При передозировке опиатов психотические эпизоды, как правило, не возникают, сноподобное состояние переходит в кому. Смерть наступает от



паралича дыхательного центра с развитием отека легких. В ряде случаев при передозировке кустарно приготовленного ацетилованного опия могут возникать кратковременные эпизоды делириозного или онейроидного характера.

Опьянение снотворными средствами. Снотворными являются вещества, вызывающие дремотное состояние и сон. К данной группе относятся производные барбитуровой кислоты (барбитураты) и бензодиазепины. Выделяют барбитураты длительного (фенобарбитал или люминал), среднего (барбитал или веронал, барбитал-натрий или мединал, амитал-натрий или барбамил) и короткого действия (этаминал-натрий или нембутал).

Барбитураты угнетают кору головного мозга, симпатическую нервную систему, дыхательный центр, понижают обмен веществ. Употребляются они внутрь и внутривенно. Смертельной дозой барбитуратов считается одномоментный прием около десяти терапевтических разовых доз каждого препарата или их смеси (2 г фенобарбитала, 1 г этаминала натрия).

Характерными чертами опьянения снотворными средствами являются заторможенность, лабильность аффекта, нарастающая дискоординация движений. Ориентировка в месте, времени и собственной личности в момент опьянения сохранена. Исключение представляет наркотизация достаточно высокими дозами барбитуратов.

Острая интоксикация кокаином. Кокаин относится к психостимуляторам. Типичное кокаиновое опьянение можно охарактеризовать как маниакальноподобное состояние с выраженной эйфорией и повышенной активностью, самоуверенностью. Одновременно появляются определенная настороженность, склонность

142

к конфликтам. Субъективно ощущается повышение творческих способностей, появление небывалой сообразительности, особой глубины собственных мыслей. Отмечается также приятное самочувствие, легкость во всем теле. Характерным считается половое возбуждение, иногда с тенденцией к гомосексуальности.

Опьянение психостимуляторами. К данной группе наркотических средств, кроме кокаина, относятся амфетамины, разнообразные кустарно изготовленные психостимуляторы (первитин, эфедрой).

Основным эффектом после употребления препаратов данной группы является стимуляция всех психических процессов с выраженной эйфорией, повышением самооценки. Эйфория достигает степени экзальтации, внезапного просветления, "озарения". Вместе с тем возможны быстрая смена эмоциональных переживаний с появлением раздражительности, настороженности, конфликтная, в отдельных случаях воинственная агрессивность. При передозировке психостимуляторов могут развиваться острые параноидные состояния, делириозные и онейроидные (особенно при кокаине) помрачения сознания. Их длительность – до одного-двух суток. Они заканчиваются, как правило, полным выздоровлением с критическим отношением к перенесенному. Для кокаиновых психозов, независимо от их психопатологической структуры, характерны тактильные галлюцинации и ограниченность психоза только периодом интоксикации.

Острая интоксикация галлюциногенами. Галлюциногенами называют вещества, способные при приеме их даже в умеренных дозах вызывать галлюцинации. К ним относятся более 100 естественных и синтетических препаратов. Наиболее известны псило-цибин, обнаруживаемый в грибах, мескалин, содержащийся в кактусе (естественные, природные вещества), лизергин и его производные, диэтиламид лизергиновой кислоты (d-Лизергин, или ЛСД) и др.

При употреблении естественных, природных галлюциногенов развиваются психотические формы опьянения с развитием непродолжительных

онейроидных эпизодов. При этом окружающее кажется странным, нереальным. Нарушается восприятие времени, схемы тела. Исчезает критика к своему состоянию.

Первыми редуцируются нарушения сознания, потом эмоциональные расстройства. Воспоминания на период расстроенного сознания искажены, отрывочны, может наблюдаться частичная амнезия.

143

Острая интоксикация ингалянтами. Ингалянты – это летучие вещества, которые вдыхают с целью достижения состояния одурманивания. Токсикоманами используются бензол, ксилол, толуол, ацетон и другие кетоны, этиловый и амиловый эфиры, метиловый и изопропиловый спирты и др. Психические нарушения при употреблении ингалянтов характеризуется зрительными галлюцинациями, эйфорией, окружающий мир выглядит ярким, радостным. Эйфорический фон сохраняется на всем протяжении опьянения вплоть до глубокого оглушения.

Среди психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ выделяют синдром зависимости, который по определению ВОЗ представляет собой "состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества".

Зависимость характеризуется следующими признаками:

овладевающим желанием или непреодолимым влечением (компульсией) продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями; тенденцией увеличивать дозу, обнаруживая рост толерантности; возникновением "индивидуальных и социальных проблем", обусловленных злоупотреблением.

К синдрому зависимости относятся заболевания, традиционно определяемые в отечественной психиатрии и наркологии как алкоголизм, наркомания и токсикомания. Алкоголизм, наркомания и токсикомания – это прогрессирующие заболевания, возникающие в результате систематического злоупотребления алкоголем (при алкоголизме), наркотическими (при наркомании) или другими психоактивными веществами, не включенными в список наркотиков (при токсикомании), и характеризующиеся формированием психической и физической зависимости от употребляемого вещества, патологическим влечением к его приему, изменением реактивности организма, абстинентными нарушениями и специфическими изменениями личности.

Толерантность к психоактивному веществу определяется его минимальной дозой, способной вызвать желаемый психофизический эффект (состояние одурманивания, купирование абстинентных нарушений). Для синдрома зависимости характерно первоначально повышение толерантности к психоактивному веществу. Это проявляется в необходимости увеличения доз психоактивного вещества для достижения прежнего эффекта или в необходимости вводить данное вещество все большее число раз в течение

144

суток. В дальнейшем, при регулярном приеме психоактивных веществ, толерантность снижается.

Психическая зависимость от психоактивного вещества – состояние психического комфорта. Оно возможно только в состоянии опьянения, вне опьянения возникает раздражительность, пониженное настроение, постоянные мысли об употребляемом психоактивном веществе. Субъективным проявлением психической зависимости является постоянное стремление больного к повторному употреблению психоактивного вещества, что некоторыми авторами трактуется как обсессивное влечение.

Синдром отмены – это группа симптомов, возникающих при полном или частичном прекращении употребления психоактивного вещества, а также при

неадекватной его замене. Он включает физическую зависимость, физическое (компульсивное) влечение и абстинентный синдром.

Алкогольная зависимость (алкоголизм). Алкоголизм – болезнь в результате злоупотребления алкоголем в таких дозах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе, нарушению семейных связей и общественной жизни, к расстройствам физического и психического здоровья. Алкоголизм отличается от бытового пьянства четко очерченными и биологически обусловленными признаками, хотя бытовое пьянство всегда предшествует алкоголизму. Бытовое пьянство, привычное злоупотребление алкоголем – это всегда нарушение личностью социально-этических правил. В профилактике пьянства решающее значение имеют меры административно-правового и воспитательного характера. В отличие от пьянства алкоголизм является заболеванием, которое всегда требует применения активных мер медицинского характера, комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий. Основное действие алкоголя на организм – опьяняющее, что определяется не только количеством принятого спиртного напитка, но и его крепостью.

При опьянении наблюдается ряд соматических, неврологических и психических расстройств, проявления которых меняются в зависимости от степени опьянения. Принято различать легкую, среднюю и тяжелую степень простого алкогольного опьянения.

Для легкой степени типично понижение порога восприятия. Интеллектуальные процессы нарушаются: расстраивается внимание, реакции замедлены, мышление становится менее логичным, отмечаются ассоциации по созвучию. Осмысление окружающего затруднено, критика снижена. Настроение неустойчивое, чаще

145

повышенное, но могут иметь место вспыльчивость, раздражительность и даже злобность. Координация движений нарушена, отмечается легкое нарушение речи.

При средней степени резко нарушается внимание, оно становится отвлекаемым. Отсутствует четкость и дифференцированность восприятия. Интеллектуальные процессы протекают в медленном темпе, мышление определяется случайными ассоциациями. Оживляются примитивные влечения, особенно сексуальные. Лица нередко бывают злобными, агрессивными, что приводит нередко к дракам, скандалам и другим противоправным действиям. Значительно нарушена координация движений, походка становится шаткой.

Тяжелая степень выражается клинической картиной нарастающего оглушения. В дальнейшем возникает глубокий сон: опьяневший засыпает в неудобной позе и в неподходящих местах, могут наблюдаться непроизвольные мочеиспускание и дефекация, изредка судорожные подергивания мышц. Воспоминания о периоде опьянения, как правило, имеются, но иногда бывают отрывочными.

При легкой степени опьянения концентрация алкоголя в крови соответствует двум промилле, при средней – двум-пяти, тяжелая – свыше пяти промилле.

При систематическом злоупотреблении алкоголем формируется алкогольная зависимость, или алкоголизм.

Алкогольная зависимость (алкоголизм) характеризуется тремя стадиями:

I стадия алкогольной зависимости. Одним из самых ранних признаков алкоголизма является утрата рвотного рефлекса. Наряду с этим у больных появляются постоянные мысли о спиртном, они начинают искать повод, оправдывающий выпивку, вне опьянения испытывают раздражение, чувство неудовлетворенности собой и окружающими. Эти лица теряют способность контролировать количество выпитого, принимают алкоголь в неограниченном количестве (утрата количественного контроля), без учета ситуации (потеря ситуационного контроля). Привычная доза алкоголя не вызывает прежних

состояний опьянения, для их достижения доза увеличивается в два-три раза и более, вместо слабых спиртных напитков все чаще принимаются крепкие (рост толерантности);

II стадия алкогольной зависимости. Толерантность к алкоголю продолжает повышаться и, достигнув максимума, на протяжении ряда лет остается постоянной. Сокращается период эйфории, появляются

146

психопатоподобные расстройства, наиболее характерными из которых являются эксплозивные и истерические формы поведения. Реже бывают депрессивные эпизоды, которые могут сопровождаться чувством безысходности. Основным расстройством данной стадии развития алкогольной зависимости является формирование абстинентного синдрома, проявления которого по мере прогрессирования заболевания утяжеляются;

III стадия алкогольной зависимости. Основным диагностическим признаком является снижение толерантности к алкоголю (опьянение наступает от меньших, чем раньше, доз спиртного). В картине острой интоксикации преобладают эпилептоидные формы поведения с вязким дисфорическим аффектом, придиричивостью, раздражением, недовольством окружающим, угрюмой напряженностью. Амнезии касаются уже не только отдельных событий, а часто всего периода опьянения и возникают уже после приема сравнительно небольших доз алкоголя. Абстинентный синдром характеризуется психическими и физическими нарушениями, возможно развитие абстинентного синдрома с судорожным компонентом.

Изменения личности определяются алкогольной деградацией. К ее главным признакам относятся эмоциональное огрубение, исчезновение семейных и общественных привязанностей, этическое снижение, утрата критики, общий упадок инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться, снижение памяти, интеллекта.

Судебно-психиатрическая оценка. Значение употребления психоактивных веществ и особенно алкоголя как провоцирующего фактора при совершении противоправных действий общепризнано. Однако нет достаточных оснований для признания лиц, совершивших правонарушение в состоянии простого алкогольного опьянения и непсихотических форм наркотического опьянения, невменяемыми. Это связано с тем, что в какой-то мере даже при тяжелой степени опьянения сохраняется способность разбираться в ситуации, в действиях этих лиц можно установить связь с внешним раздражителем. Здесь имеет место лишь количественное усиление эмоционально-волевых проявлений без развития качественно иных психотических расстройств (бред, галлюцинации, расстроенное сознание), наличие которых полностью лишало бы данное лицо возможности осознавать фактический характер и фактическую опасность своих действий либо руководить ими.

Таким образом, простое алкогольное (в отличие от патологического), равно как и непсихотическое наркотическое опьянение,

147

не может рассматриваться в аспекте критериев невменяемости. В соответствии с этим законодательство однозначно относится к оценке лиц, совершивших правонарушение в состоянии опьянения. Согласно ст. 23 УК "лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности".

148

[139](#) :: [140](#) :: [141](#) :: [142](#) :: [143](#) :: [144](#) :: [145](#) :: [146](#) :: [147](#) :: [148](#) :: [Содержание](#)  
[148](#) :: [149](#) :: [150](#) :: [Содержание](#)

#### 6.5.1. Алкольные психозы

Алкогольные психозы – это различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности с острым, затяжным и

хроническим течением, возникающие на II и III стадии алкоголизма, сопровождающиеся личностными изменениями и нарушениями деятельности внутренних органов.

Выделяют следующие формы алкогольных психозов: алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, алкогольные бредовые психозы, алкогольные энцефалопатии.

Алкогольный делирий (белая горячка) – типичный пример острого алкогольного психоза в виде галлюцинаторного помрачения сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий, образного бреда, изменчивого аффекта, сопровождаемого страхом, двигательным возбуждением и сохранностью самосознания (аутопсихическая ориентировка). На долю делирия приходится более 70% случаев алкогольных психозов. Делирий может развиваться уже через один-два года после формирования алкоголизма, но чаще развивается на седьмом – десятом году алкогольной зависимости. Установлено, что чем в более позднем возрасте формируется алкоголизм, тем скорее при прочих равных условиях формируется делирий.

Развивается делирий после многодневного запоя или длящегося месяца непрерывного ежедневного пьянства обычно спустя несколько часов или дней после прекращения приема алкоголя на фоне выраженных абстинентных расстройств.

Алкогольный галлюциноз – это острое психотическое состояние, развивающееся на фоне сохранного сознания и полной ориентировки в месте, времени и собственной личности и проявляющееся преимущественно слуховыми истинными галлюцинациями. Галлюцинозы занимают второе место после делирия по частоте среди алкогольных психозов.

148

Начинается алкогольный галлюциноз обычно с элементарных слуховых галлюцинаций в форме аказмов и фонем (шум, стук, свист, музыка, кашель, шепот, отдельные слова или фразы), которые появляются вечером или ночью на фоне бессонницы и сопровождаются вегетативными нарушениями. Затем на фоне выраженного аффекта недоумения, напряженной тревоги или страха появляются множественные словесные галлюцинации. Обычно больные слышат голоса большого количества людей, реже – одного-двух человек.

На фоне галлюцинаторных расстройств нередко возникают бредовые идеи преследования, физического уничтожения, обвинения и т.д. По своей тематике они тесно связаны с содержанием галлюцинаций.

Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) – алкогольный психоз с преобладанием образного бреда, аффекта страха, двигательного возбуждения и отдельных сенсорных расстройств. Подобно делирию и галлюцинозу развивается в похмелье, реже в конце запоя. После короткого (несколько часов, суток) периода недомогания, тревоги, двигательного беспокойства у больных внезапно появляется аффект страха, бред преследования, воздействия.

Преобладает аффект страха, порой достигающий степени панического ужаса или отчаяния. Однако больной не цепенеет от ужаса. Во всех случаях характерно двигательное возбуждение оборонительного характера. Поступки больных импульсивны. Они внезапно бросаются бежать, выбивают стекла и зовут на помощь, могут с реальной опасностью для своей жизни выпрыгнуть из окна высокоэтажного дома, спрыгнуть с поезда, прячутся, полураздетые, несмотря на погоду, выбегают из дому, могут в отчаянии нанести себе тяжелые увечья либо, наоборот, прибегают к самообороне и сами внезапно совершают нападение на окружающих.

Алкогольный бред ревности – это хроническая форма алкогольного психоза с преобладанием первичного паранойяльного бреда. Встречается исключительно у мужчин с психопатическими чертами характера в виде



эгоцентризма, стеничности, недоверчивости, чрезмерной требовательности. Развитию психоза обычно предшествует многолетнее непрерывное пьянство с явлениями деградации личности.

Алкогольные энцефалопатии – это группа алкогольных психозов, при которых психические нарушения сочетаются с системными

149

соматическими и неврологическими расстройствами. Все алкогольные энцефалопатии развиваются на фоне алкоголизма продолжительностью от пяти – семи до 20 лет и более.

При острой алкогольной энцефалопатии (энцефалопатия Гайе – Вернике) заболевание начинается с тяжело протекающего делирия с глубоким помрачением сознания, бедными, единичными иллюзорными и галлюцинаторными расстройствами, монотонными, лишенными оттенков и напряженности аффективными нарушениями, хаотическим возбуждением в пределах постели. Больные выкрикивают бессвязные слова, невнятно бормочут, перебирают руками одежду.

Среди психических нарушений преобладают мнестические расстройства с полным или частичным нарушением памяти на текущие события (фиксационная амнезия) и нарушение памяти на события, предшествующие заболеванию (ретроградная амнезия). Наряду с этим отмечаются конфабуляции (ложные воспоминания), когда больные при расспросах рассказывают о якобы происшедших с ними событиях. Чем более выражены расстройства памяти, тем беднее и однообразнее содержание конфабуляции, при незначительном мнестическом снижении конфабуляции множественные, могут быть фантастическими.

Судебно-психиатрическая оценка. Чаще всего больные алкогольными психозами совершают общественно опасные деяния против жизни и здоровья, умышленное причинение тяжкого и средней тяжести вреда, а также преступления против общественной безопасности (хулиганство), значительно реже привлекаются к уголовной ответственности за совершение краж.

Криминогенная опасность больных алкогольными психозами, характер совершаемых ими общественно опасных деяний связан с типом течения заболевания, особенностями его психопатологической структуры. Наибольшую социальную опасность представляют больные с бредовыми формами алкогольных психозов и особенно с бредом ревности.

Больные алкогольными психозами опасны для общества. Связано это прежде всего с аффективной насыщенностью бредовых переживаний, их стойкостью и направленностью на конкретных лиц, возможным повторным обострением при возобновлении пьянства.

Все лица, совершившие общественно опасные деяния в состоянии алкогольного психоза, должны в отношении содеянного признаваться невменяемыми.

150

[148](#) :: [149](#) :: [150](#) :: [Содержание](#)

[151](#) :: [152](#) :: [153](#) :: [154](#) :: [155](#) :: [156](#) :: [157](#) :: [Содержание](#)

#### 6.5.2. Наркомании

Наркомания – это болезнь, и очень опасная. При развитии наркомании человек проходит три этапа: стадию эпизодического потребления наркотиков, стадию привыкания к наркотику и собственно стадию наркомании.

Эпизодическое бытовое употребление наркотиков лечения не требует. Главный отличительный признак этого этапа – отсутствие болезненных состояний абстиненции, т.е. "похмелья", связанного с прекращением приема наркотических средств.

При систематическом употреблении наркотиков к ним привыкают, т.е. развивается типичное в отношении любых ксенобиотиков состояние толерантности (нечувствительности). В результате, чтобы достигнуть

желаемого возбуждающего или успокаивающего действия, наркоману приходится прибегать к постепенно увеличивающимся дозам, иногда во много раз превышающим смертельную. Длительное употребление наркотиков вызывает стойкие и необратимые патологические изменения как в соматической, так и в психической сферах. Внутренние органы постепенно разрушаются, но также неуклонно разрушается и личность человека, не способного уже вырваться из тисков наркомании.

Наркомания есть болезненное состояние, обусловленное злоупотреблением наркотиками – натуральными (растительными) или химическими (синтетическими), вызывающим привыкание и болезненное пристрастие. Основным проявлением наркомании является изменение реактивности организма в отношении наркотических средств.

Наиболее характерные проявления измененной реактивности, заключаются в следующем (Т.П. Печерникова, 1997):

Непреодолимое желание еще раз пережить измененное состояние, определяющее потребность в повторных приемах наркотика, и стремление получить его любыми средствами (психическая зависимость);

Развитие при лишении привычного наркотика абстинентного синдрома, т.е. мучительного состояния наркотического голодания, заключающееся в тяжелом нарушении деятельности всех органов и систем организма, вызывающем даже психотические расстройства (физическая зависимость);

Стремление вследствие нарастающей переносимости этого средства и снижения эффективности его действия к увеличению принимаемых доз для получения привычного эффекта (повышенная толерантность);

151

Переход на более "жесткие" наркотики.

Зависимость от каннабиоидов (гашишная наркомания). Наиболее частой формой зависимости от каннабиоидов (препаратов конопли) является гашишная наркомания. После алкоголизма гашишизм – наиболее распространенный вид наркотизма в мире.

При невыраженной интоксикации препаратами конопли не отмечается заметных внешних признаков: может обратить на себя внимание инъекционная конъюнктивит, сниженная мышечная сила, увеличенная частота пульса, сонливость.

В состоянии умеренно выраженной интоксикации наблюдаются расстройства сознания в виде оглушения, "одурманенности", поведение часто бывает нелепым, с неадекватным безудержным смехом, болтливостью, нарушается восприятие окружающего (пространственное и временное), возникает шум и звон в ушах, память и внимание ослаблены. Более заметными становятся и внешние соматические признаки: сухость во рту, учащенный пульс, глаза блестят, зрачки расширены, реакция зрачков на свет ослаблена, ощущается голод и жажда, иногда возникает тошнота и рвота. Отмечается тремор пальцев рук, иногда – всего тела.

При употреблении выраженных доз препаратов конопли возникает состояние острой интоксикации с бредовыми идеями, иллюзорными расстройствами, деперсонализацией. Такое состояние может напоминать острый психотический эпизод. Острые психотические эпизоды обычно исчезают в течение трех дней.

Развитие гашишизма на начальных этапах сопровождается формированием неврозоподобных состояний и психопатоподобных расстройств по астеническому, шизоидному, возбудимому типам. После этапа психопатоподобных расстройств (обычно I– II стадии зависимости) у гашишистов на II–III стадии заболевания формируется органическая деменция.

Опийная наркомания. Опиаты (морфин, кодеин, тебаин, героин и др.) наиболее часто употребляются внутрь или внутривенно, иногда путем

подкожных инъекций. Наркотический эффект всех препаратов опийной группы очень близок, различается только по силе проявления абстинентного синдрома, темпам формирования наркомании и особенностям острой интоксикации. Психическое влечение к опиатам появляется в разные сроки в зависимости от вида наркотика и способа его введения. При внутривенном введении этот срок при прочих равных условиях самый короткий. Особенно быстро влечение формируется при употреблении героина

152

(через три - пять инъекций), затем чистого морфина (10- 15 инъекций), затем опия (две-три недели нерегулярного приема настойки внутривенно) и кодеина (до одного месяца нерегулярного приема).

Психическое состояние характеризует благодушное настроение, речевые и ассоциативные процессы ускорены, критика к своему поведению и высказываниям снижена. Может возникать также психомоторное возбуждение. При острой опийной интоксикации характерны: узкие зрачки, бледность, сухость кожных покровов, понижение артериального давления, урежение сердечного ритма, понижение сухожильных рефлексов, угнетение дыхания, сниженная моторная активность кишечника, запоры.

При регулярном употреблении опиатов возникает выраженная психическая и физическая зависимость с тяжелыми формами абстинентного синдрома. У морфинистов явления абстиненции начинают развиваться в пределах нескольких часов после принятия последней дозы и достигают своего пика через 24-48 ч. Сроки формирования физической зависимости варьируются от двух-трех недель систематического применения опиатов до полутора-двух месяцев, что связано с наркогенной активностью различных опиатов и способами их применения (внутрь или внутривенно).

При опиомании не наблюдается выраженного интеллектуально-мнестического снижения, отмечается лишь слабость психических функций, затруднена концентрация внимания, проявляется неспособность к напряжению при выполнении продолжительного задания. Качество мышления при должной степени сосредоточения остается высоким.

Зависимость от снотворных средств (барбитуровая наркомания). Случаи привыкания к барбитуратам впервые описаны в первые десятилетия XX в. В нашей стране барбитуровая наркомания получила распространение в 60-е гг., затем наблюдалось снижение заболеваемости.

Производные барбитуровой кислоты относятся к группе веществ, обладающих снотворным действием. Возникновение зависимости развивается исподволь, в основном в результате самолечения хронических нарушений сна. Становление наркомании происходит быстро. Ежедневный прием терапевтической дозы в течение четырех - шести недель приводит к увеличению толерантности, а еще через четыре недели появляется физическая зависимость.

Достаточно быстро формируются и особые черты личности наркомана в виде эгоцентричности, взрывчатости, прогрессирующе

153

ухудшается память, резко снижается темп мышления, падает способность концентрации активного внимания.

Для 'барбитуровой наркомании характерны абстинентные психозы, возникающие на третий-пятый день после отнятия наркотика, часто на выходе из большого судорожного припадка. По структуре это, как правило, барбитуровый делирий. Он характеризуется глубокой степенью помрачения сознания с обширными амнезиями по выходе из психоза, незначительным двигательным возбуждением (часто барбитуровый делирий протекает в пределах постели), интенсивной цветовой окрашенностью галлюцинаторных образов, отсутствием "скачущего аффекта" с элементами смешливости и веселости, часто наблюдаемого при алкогольном делирии.

Барбитуровая наркомания приводит к формированию выраженной

энцефалопатии. Уже на начальной стадии ее развития отмечается резкое снижение работоспособности, появляются утомляемость, истощаемость внимания, сужается сфера интересов. У больных до 30 лет может развиваться деменция уже через четыре-пять лет систематического употребления барбитуратами, более старшего возраста интеллектуально-мнестическое снижение формируется в более длительные сроки, однако аффективные расстройства появляются рано и выражены значительно.

Зависимость от психостимуляторов. Речь прежде всего идет о кокаиновой наркомании. Первая война кокаинизма возникла в конце Первой мировой войны и длилась более десятилетия, пик второй волны приходится на 50-е гг., когда началось производство химических аналогов растительных алкалоидов с широким использованием психостимуляторов в медицинских целях, третья волна началась в 70-е гг. и длится до сих пор.

Зависимость от кокаина возникает быстро, уже через две-три недели нерегулярного приема внутрь и через три-пять внутривенных инъекций.

Эффекты кокаина проявляются в повышенном настроении, переоценке своих физических и умственных способностей. Нередко возникают бредовые идеи, галлюцинации, что делает наркомана социально опасным. Довольно часто наблюдаются расстройства пищеварения, тошнота, потеря аппетита, физическое истощение, бессонница.

Для зависимости от психостимуляторов характерны интоксикационные психозы. Они развиваются в опьянении на обычной дозе и не связаны с передозировкой наркотика. Психоз имеет

154

структуру зрительного, слухового или тактильного галлюциноза или галлюцинаторно-параноидного синдрома.

Течение наркомании психостимуляторами высокопрогрессирующе. Уже на начальной стадии заболевания появляются первые признаки опустошения психической сферы с формированием органической энцефалопатии, которая достаточно скоро становится явной. Речь больных вязкая, медлительная, с персеверациями, непродуктивная. Падает способность активного внимания, воспроизведение недостаточное. Нарушения волевой сферы значительны. Ранняя социальная деградация является характерной для этих лиц. Наблюдаются колебания полового влечения. На начальных этапах наркомании отмечается усиление либидо, затем оно стойко понижается; развивается импотенция либо извращение полового влечения с формированием гомосексуальных и педофильных ориентации.

Зависимость от галлюциногенов. Обычно галлюциногены используются эпизодически, и зависимость от них по сравнению с другими наркоманиями встречается относительно редко. Пристрастие формируется при регулярном употреблении и проявляется прежде всего психической зависимостью, когда галлюцинозы начинают составлять основной смысл жизни. Однако это наблюдается достаточно редко, и обычно больные после более или менее длительного периода употребления галлюциногенов переходят к другим наркотическим средствам. Резкое прекращение регулярного употребления приводит к развитию абстинентных расстройств с тревогой, страхом, злобно-тоскливым настроением, мышечными и суставными болями.

Отдельно следует рассмотреть производные лизергиновой кислоты, в частности  $\alpha$ -Лизергина, известного как ЛСД. Действие ЛСД характеризуется яркими, цветными фантастическими картинками, галлюцинаторными переживаниями. При передозировке этого наркотика галлюцинации появляются и с открытыми глазами. Создается ощущение, что кто-то пытается лишить наркомана свободы или управлять его разумом. Нередки различные неадекватные поступки и агрессивные правонарушения.

Изменение восприятия времени и пространства – один из наиболее постоянно присутствующих феноменов при употреблении ЛСД. Восприятие времени

постоянно меняется: обычно короткие временные интервалы переживаются как более длительные, хотя иногда бывает и наоборот. После прекращения действия наркотика организм охватывают общее недомогание, переутомление,

155

мышечное напряжение, судороги, сильнейшие головные боли и боли в различных частях тела. Не исключены также психические расстройства в виде психопатических эпизодов.

Длительное употребление или злоупотребление ЛСД ведет к изменению личности: человек огрубевает, сужается круг его интересов, у него прогрессирует ослабление памяти на настоящие события, изменяется эмоциональный фон, преобладает депрессия. При хронической интоксикации ЛСД оказывает патологическое действие на весь организм.

Особенностью ЛСД является и то, что психическая зависимость обычно выражена в средней степени. В то же время признаков привычной для врачей физической зависимости не обнаруживается.

Зависимость от ингалянтов (токсикомания). Первые нюхальщики паров бензина и клея были замечены в начале 60-х гг. XX в. в США. На территории России они появились в середине 70-х гг. и к началу 90-х отмечались повсеместно. Это было связано с тем, что другие наркотики для подростков (среди нюхальщиков преобладают подростки 12-15 лет) были недоступны. В последние годы отмечается некоторый спад в употреблении летучими наркотическими средствами за счет наводнения внутреннего рынка героином. Уже на первых этапах формирования зависимости нарушается контроль поведения, совершаются побеги из дома, прогуливаются работа и учеба, усиливаются антисоциальные тенденции. Быстро формируется интеллектуальное снижение, обеднение психической деятельности, аффективные нарушения, что свидетельствует о формировании токсической энцефалопатии. Больные становятся апатичными, мрачными, у них отмечается готовность к агрессивным вспышкам, утрачивается привязанность к близким.

Течение зависимости высокопрогредиентное. Об этом свидетельствует быстрое становление систематического ритма наркотизации, формирование патологического влечения уже после нескольких вдыханий, резкий рост толерантности, формирование грубого психоорганического дефекта вплоть до инвалидизации уже через полтора-два года систематического употребления, выраженные неврологические расстройства (спонтанный нистагм, пошатывание походки, мышечный тремор, церебрастенические проявления) и органная патология (поражение печени и почек, сердца, лейкопения).

Судебно-психиатрическая оценка. Лица с синдромом зависимости от психоактивных веществ достаточно часто встречаются в

156

судебно-психиатрической практике, поскольку их поведение часто имеет антиобщественную направленность, и, следовательно, данный контингент больных представляет повышенную криминогенную опасность.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, не вызывает значительных затруднений. Имеющиеся у них обычно психические изменения не лишают их способности понимать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Такие лица обычно признаются вменяемыми. Исключение составляют больные, у которых наркологическое заболевание сочетается с другими органическими поражениями головного мозга (травматическими, сосудистыми и др.) и сопровождается выраженным слабоумием.

В гражданском процессе в отношении больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями может ставиться вопрос о признании их ограниченно дееспособными.



157

[151](#) :: [152](#) :: [153](#) :: [154](#) :: [155](#) :: [156](#) :: [157](#) :: [Содержание](#)  
[157](#) :: [158](#) :: [159](#) :: [160](#) :: [161](#) :: [162](#) :: [Содержание](#)

## 6.6. Расстройства личности и поведения

### 6.6.1. Психопатии

Психопатии по МКБ-10 – это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида, всегда сопровождающееся личностной и социальной дезадаптацией.

Личностные расстройства обычно возникают в детском или подростковом возрасте и продолжают проявляться на протяжении всей жизни. В судебно-психиатрической практике принципы диагностики психопатий, определение их глубины и динамики имеют большое значение, так как в ряде случаев определяют экспертное решение.

Согласно новой классификации психических расстройств (МКБ-10) предложены следующие диагностические критерии патологии личности:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая несколько сфер функционирования, эффективность, возбудимость, а также стиль отношения с другими людьми;

б) хронический характер аномального стиля поведения;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим, отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

157

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают с детства и продолжают свое существование в период зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения болезни;

е) расстройство может сопровождаться существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Наибольшее распространение имеют истерические и возбудимые психопатии, наименьшее – паранойяльные (параноидные расстройства личности по МКБ-10), остальные формы представлены приблизительно равномерно.

Возбудимые (эмоционально неустойчивые) психопатии отличаются постоянной эмоциональной напряженностью, раздражительностью, доходящей до приступов ярости. Обычно аффективное реагирование не соответствует поведению и силе раздражителя. Такие личности после аффективных разрядов сожалеют о случившемся, а затем при соответствующих обстоятельствах вновь становятся гневливыми и раздражительными. Им свойственны повышенная требовательность к поведению окружающих, крайний эгоизм, себялюбие, обидчивость и подозрительность. Эти люди не только склонны к конфликтам и неуживчивости, но и властолюбивы, упрямы, придирчивы по мелочам, требуют беспрекословного подчинения своему мнению, покорности, не терпят возражений. У них наблюдаются колебания настроения (дисфории) полярного типа, которые возникают спонтанно или по незначительному поводу. В такие периоды они особенно гневливы и раздражительны, придирчивы к окружающим, создают конфликтные ситуации, а затем сами бурно реагируют на происходящие события. В некоторых случаях расстройства настроения сопровождаются положительным эмоциональным фоном, но всегда с оттенком гневливости и раздражительности.

Мышление возбудимых личностей подчинено аффекту, и поскольку они часто являются упорными спорщиками, вопреки логике настойчиво отстаивают свое мнение, в подростковом возрасте убегают из дома, бродяжничают. В силу своих личностных особенностей любят принимать участие в азартных играх, отрицательный опыт своих поступков не учитывают в последующем поведении. На высоте аффекта они становятся либо агрессивными, либо

наносят себе повреждения. Чаще всего это неглубокие самопорезы, следы от которых у них часто имеются на груди, животе и локтевых сгибах. Происхождение их они всегда объясняют реально

158

бытовыми ситуациями. Данная форма психопатий обычно проявляется довольно рано (в позднем детском и подростковом возрасте), по мере старения такие личности становятся скаредными, склонными к накопительству, у них появляются черты ханжества, злопамятности, излишняя жестокость и склонность к правдоискательству, к слезливости в сочетании со злопамятностью.

Психопатии истерического типа (истерические расстройства личности). Лица с данным психическим, расстройством постоянно стремятся быть в центре внимания, поэтому эмоционально оживлены, способны к подражанию, фантазированию, псевдологии. В ответ на неблагоприятные ситуации дают бурные аффективные реакции с рыданиями, выразительной жестикуляцией, "разыгрыванием" определенных сцен, которые заканчиваются нередко истерическими припадками, битьем посуды, угрозами самоубийства. Однако истинные суицидальные попытки у них редки и имеют место в тех случаях, когда не полностью оценивается ими реальная ситуация. Проявления истерических психопатий в одних случаях более сложные и характеризуются яркими полиморфными фантазиями, измененным представлением о реальной обстановке и своем месте в ней, появлением ярко окрашенных видений, в которых отражена психогенная ситуация. В других случаях истерические расстройства более элементарные и выражаются истерическими параличами, парезами, неожиданно появляющимся чувстве удушья (комков в горле), слепоте, глухоте, расстройствах походки (астазия – абазия), истерическими припадками. Все эти нарушения преходящи, возникают в психотравмирующих ситуациях и исчезают по миновании их. Однако истерические формы реагирования на ситуацию со временем закрепляются и в дальнейшем выступают в виде клише, определяющем особенности поведения.

Считается, что истерическая психопатия является женской патологией личности. Однако исследования показали, что у мужчин данные расстройства личности встречаются не реже.

Психопатии шизоидного типа (шизоидное расстройство личности) характеризуются замкнутостью, скрытностью, внешней холодностью, оторванностью суждений от реального мира, причудливостью и парадоксальностью эмоциональной жизни. Эмоциональная дисгармония проявляется сочетанием повышенной чувствительности к одним сторонам жизни и эмоциональной холодностью к другим. Шизоид патологически замкнут, отчужден от людей, живет в мире своих фантазий и представлений о реальной жизни, своих собственных умозаключений и теоретических суждений.

159

Внешне такие лица выглядят чужаками, странными, эксцентричными. Их аффективные реакции часто неожиданны и внешне кажутся неадекватными. У них нет сопереживания чужим бедам и неприятностям. Вместе с тем они часто оказываются интеллектуально одаренными личностями, склонными к нестандартным умозаключениям и логическим построениям, абстрактным и неожиданным выводам. Мир фантазий шизоидов также довольно богат, отвлечен от реальной жизни и обыденных событий. Это мир искусства, парапсихологии, космических проблем. Внимание и избирательная эмоциональная окрашенность шизоидов направлены только на интересующие их вопросы, за пределами которых они рассеяны и проявляют полное отсутствие интересов. Внушаемость и легковерие в них сочетаются с упрямством и активностью в достижении цели. Моторные функции шизоидных личностей бедны. Они часто оказываются лишенными элементарной бытовой

приспособляемости и реализации своих потребностей, отличаются повышенной активностью и целенаправленностью в отстаивании своих целей и заключений.

Различают сенситивных и холодных шизоидов в зависимости от эмоциональных форм реагирования. Сенситивный шизоид – раним, мнителен, чувствителен, склонен относить происходящие в жизни события на свой счет. Холодный шизоид замкнут, живет в мире фантазий, лишен чувства сопереживания, робок, необщителен, склонен к сверхценным построениям.

Астенические и психастенические типы психопатий (ананкастное, обсессивно-компульсивное расстройство личности). Личности с данной патологией характеризуются неуверенностью в себе и своих поступках, склонностью к постоянному самоанализу и самоконтролю, повышенной ранимостью, робостью и сензитивно-стью. Их неуверенность в себе порой приобретает характер навязчивых сомнений и подозрений. Они постоянно проверяют завершенность своих действий; запертость дверей и шкафов, своевременность выполненной работы и ее качество, испытывают тревогу не опоздать на работу или на встречу со знакомыми. Психастеник всегда и во всем сомневается, ему трудно принять какое-либо решение, но если оно принято, опять возникают тревожные опасения в правильности его, возможности претворить это решение в жизнь, поэтому он постоянно занят размышлениями о сложившейся ситуации, всегда недоволен собой.

Этим лицам постоянно присуще чувство тревоги, по малейшему соматическому неблагополучию возникают ипохондрические

160

переживания с переоценкой признаков расстройства здоровья. Вместе с тем при выполнении любой работы психастеник чрезвычайно тщателен, скрупулезен, обязателен и педантичен. В конфликтной ситуации такие личности робки, застенчивы, нерешительны. Однако при индивидуально психотравмирующих обстоятельствах могут давать выраженные аффективные реакции с гневливостью, агрессивностью, что выглядит как определенный диссонанс с основными личностными формами поведения.

Паранойяльные психопатии (параноидные расстройства личности) относятся к сложной форме личностной патологии. Основной чертой параноических психопатов является склонность к образованию сверхценных идей, оказывающих влияние на их поведение. Сверхценные идеи – это комплекс аффективно окрашенных представлений, возникших вследствие реальных обстоятельств, приобретающих в сознании больных доминирующее, не соответствующее истинному значению место. Сложившейся форме психопатии этого типа свойственно наличие паранойяльного (сверхценного) бреда. Этот бред монотематичен (единая тематика), логически разработан, содержание его обращено к внешним психогенным обстоятельствам, ему свойственна бредовая интерпретация реальных событий, выраженная эмоциональная окрашенность болезненных переживаний при отсутствии критической оценки своего состояния и ситуации в целом.

Паранойяльные состояния возникают не спонтанно, а всегда под влиянием дополнительных экзогенных факторов. Наиболее часто такими экзогенными факторами оказываются психогении, реже – различные соматические заболевания. При этом всегда удается установить связь клинических проявлений паранойяльных синдромов с характером экзогенных воздействий. Так, при протрагированном (затяжном) воздействии психогений паранойяльные состояния формируются медленно, исподволь, с постепенным утяжелением и усложнением синдрома с медленным выявлением психопатических черт. И наоборот, при остром и неожиданном воздействии психогенной ситуации паранойяльные состояния характеризуются относительной остротой клинических проявлений, выраженной психопатологической насыщенностью.

Формирование паранойяльной психопатии происходит постепенно, с нарастанием и углублением аномальных качеств личности, с постепенным утяжелением личностных структур и развитием стойких систематизированных, монотематических паранойяльных идей различного содержания. Со временем психогенные факторы

161

перестают звучать в клинической картине, а высказывания больных приобретают характер сложившегося мировоззрения.

Судебно-психиатрическая оценка строится по общим принципам, однако имеет и свои особенности. Большинство лиц с таким диагнозом (92-93%) признаются вменяемыми, так как уровень их личностных расстройств не исключает возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Сложности возникают в экспертной оценке при констатации глубоких психопатий с неблагоприятными формами динамики. В этих случаях экспертное решение может быть неоднозначным.

С учетом преобладающего нарушения волевых функций у лиц с аномалиями личности, возможной блокадой интеллектуальных функций в экстремальных ситуациях (относительное слабоумие психопатов), частых и длительных состояний декомпенсаций и социальной дезадаптации они могут быть признаны невменяемыми. Глубина и клиническая выраженность этих расстройств свидетельствуют о невозможности таких лиц осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В таких случаях состояние психопатов подпадает под признак "иное болезненное состояние" медицинского критерия невменяемости.

Правонарушения, совершенные в состояниях декомпенсаций или психопатических реакций, могут быть расценены как деяния лица, обнаруживающего признаки "временного расстройства психической деятельности". Лица с паранойяльными расстройствами личности часто признаются невменяемыми.

Введение в законодательство института ограниченной вменяемости (ст. 22 УК) позволило индивидуально решать экспертные вопросы в отношении вменяемости психопатических личностей. Под понятие ограниченной вменяемости подпадают те лица, у которых уровень психических расстройств не исключает вменяемости, однако слабость волевых реакций в сочетании с психопатической мотивацией исключает возможность в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими. Под действие данной статьи подпадают лица с параноидными расстройствами личности, переживания которых находятся на уровне сверхценных идей, без признаков социальной дезадаптации, психопаты астенического типа, а также шизоидные личности.

162

[157](#) :: [158](#) :: [159](#) :: [160](#) :: [161](#) :: [162](#) :: [Содержание](#)

[163](#) :: [164](#) :: [165](#) :: [166](#) :: [167](#) :: [168](#) :: [Содержание](#)

#### 6.6.2. Расстройства влечений

К нарушениям влечений при психопатиях МКБ-10 относит патологическую склонность к азартным играм, патологические поджоги (пиромании), патологическое воровство (клептомании), патологическую склонность к бродяжничеству (дромомании), а также расстройства половой идентификации (полового влечения).

Патологическая склонность к азартным играм проявляется в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что является ведущим в жизни лица, ведет к снижению социальных и профессиональных навыков, утрате материальных и семейных ценностей. Такие лица обычно делают большие долги, нарушают налоговый закон, уклоняются от семейных обязанностей. Они испытывают сильное влечение к азартным играм, неодолимость его,



неконтролируемость своих действий. Вне игровой деятельности они представляют детали игры, переживают эпизоды, связанные с азартом игры, постоянное внутреннее напряжение. В такие периоды они тревожно спят, раздражительны, конфликтны, неуживчивы. Отличают их от обычных игроков схваченность игровой деятельностью, нарушения социальных форм поведения, равнодушие к своему обнищанию и благополучию семьи. В судебно-психиатрической практике такие лица встречаются крайне редко, обычно в связи с финансовыми правонарушениями.

Пиромании (патологические поджоги) характеризуются стремлением совершать поджоги и любоваться огнем. Различают пиромании истинные и ложные (псевдопиромании). В последних случаях поджоги совершаются с целью мести, сокрытия каких-либо противоправных деяний, в состоянии опьянения. Истинные пироманические акты возникают периодически на высоте ажити-рованного состояния, единственным мотивом которых является любование огнем или разрядка своего внутреннего напряженного состояния. При этом поджигаются случайные объекты, с возникшего пожара такие лица не уходят. Их часто видят окружающие "зачарованно" стоящими у огня. Эти состояния сами лица описывают как непреодолимое влечение к огню, испытывают при этом приятные ощущения, у них полностью отсутствует чувство вины, оценка последствий своих действий. В некоторых случаях у них возникает сексуальное возбуждение. Вид огня и действия людей при тушении пожара вызывает разрядку аффективного напряжения, которое в дальнейшем повторяется и влечет стремление к новым поджогам. Расстройство влечения в форме пиромании встречается при разных формах психопатий и формируется в клинически очерченный синдром расстройств влечения.

163

Клептомания (патологическое воровство) в практике судебно-психиатрической экспертизы встречается крайне редко, хотя лица, привлекаемые к ответственности за хищения, довольно часто являются предметом экспертизы. При истинной kleптомании так же, как и при других видах расстройств влечений, неодолимое желание совершить кражу возникает периодически. Ему предшествует чувство внутреннего напряжения, неудовлетворенности, тревоги. Кража совершается всегда в одиночку, не связана с материальной необходимостью и, как правило, не влечет личного обогащения. Похищаются случайно попавшие в поле зрения пациента предметы. После кражи отсутствуют признаки сокрытия следов преступления, наступает разрядка эмоционального напряжения. Лица, неоднократно привлекаемые к ответственности за кражи, нередко мотивируют свои поступки неодолимым желанием, однако их поведение не может расцениваться как расстройство влечений, если их действия не соответствуют описанным клиническим особенностям kleптомании.

К расстройствам влечений относится дромомания (патологическая склонность к бродяжничеству), когда больные без видимой причины покидают постоянное место жительства и бесцельно переезжают из одного города в другой, где бродят по улицам, попрошайничают, а затем опять покидают его. Истинную дромоманию следует отличать от ложной. Последняя часто наблюдается в подростковом возрасте и связана со сложными взаимоотношениями в семье (пьянство родителей, жестокие методы наказания и т.д.). Такие подростки, убегаая из дома, живут на чердаках, подвалах, иногда переезжают с места на место, примыкают к антисоциальным группам подростков или взрослых, где становятся лицами, подчиненными основным формам поведения группы. В дальнейшем они могут совершать побеги из дома и при отсутствии психотравмирующих ситуаций. Такие формы бродяжничества не могут расцениваться как дромомании, так как обусловлены ситуацией и со временем, по мере повзросления, компенсируются. Данная форма расстройств влечений проводится не во всех



классификациях психических расстройств, однако в судебно-психиатрической практике в ряде случаев встречается и нуждается в дифференцированной экспертной оценке.

Расстройства полового влечения и парафилии. Современная сексопатология и психиатрия выделяют два типа патологических сексуальных влечений: расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения.

164

К расстройствам половой идентификации относятся мужской и женский гомосексуализм (мужеложство, лесбиянство). Отношение к этим формам сексуальных отклонений у сексопатологов и законодателей неоднозначно. Женский гомосексуализм ни в отечественном, ни в зарубежном законодательстве никогда не преследовался законом, в то время как в ряде стран мужской гомосексуализм считается уголовно наказуемым. В соответствии с УК уголовной ответственности подлежат лишь лица, совершившие насильственные гомосексуальные акты, в том числе с несовершеннолетними (ст. 132-134). Чаще всего имеют место бисексуальные акты, когда лицо в ситуации изоляции совершает гомосексуальные половые акты, а в обычной жизни имеет нормальные половые сношения. Ситуации изоляции возникают в однополых коллективах (длительные плавания, исправительные колонии и т.д.).

Вместе с тем в практике встречаются случаи, когда нарушения половой идентификации возникают рано, без видимых внешних причин и остаются стойкими. Эти случаи относятся к истинным расстройствам полового влечения, как правило, не поддаются коррекции и имеют несомненную биологическую обусловленность. Именно в этих случаях имеют место нарушения гормонального фона, а иногда резидуальные явления раннего органического поражения центральной нервной системы.

Транссексуализм – желание быть принятым в обществе в качестве лица противоположного пола, с чувством неадекватности и дискомфорта от своего анатомического пола. Такие лица обычно носят одежду, не соответствующую их полу, применяют косметику для изменения внешнего вида, прибегают к хирургическим косметическим операциям. Иногда они ведут двойной образ жизни, на работе и в обществе предьявляют себя как лица своего пола, а дома и в узком кругу знакомых стараются проявить себя как лица противоположного пола. По мере углубления половых влечений некоторые пациенты настаивают на хирургической операции по изменению пола. Подобного типа операции осуществляются как у нас в стране, так и за рубежом. Однако это возможно лишь после консультации психиатра, который должен констатировать истинную форму транссексуализма и отсутствие каких-либо других психических расстройств, а также при наличии заключений сексопатолога и эндокринолога. После хирургического вмешательства таким лицам могут быть выданы документы на лицо противоположного пола с изменением соответственно имени. Лица с подобного типа нарушениями редко совершают преступления.

165

Парафилии обычно формируются рано на фоне резидуальных явлений органического поражения головного мозга, которые являются биологической базой формирования аномального влечения. Особые формы сексуальных нарушений развиваются у лиц с признаками хронического алкоголизма, чему способствуют общее снижение личности, эмоциональное огрубение, игнорирование стандартов поведения с деструкцией иерархии мотивов. Формирование парафилии происходит от простых к более сложным формам, возможно изменение видов влечения с появлением агрессивных и аутоагрессивных тенденций и возрастанием социальной опасности таких лиц. В психиатрической классификации существует описание многих видов парафилии, однако судебно-психиатрическое значение имеет несколько форм:

педофилия (влечение к детям), геронто-филия (влечение к пожилым), некрофилия (половые акты с трупами), эксгибиционизм (обнажение своих половых органов), садомазохизм (причинение боли при половом акте).

Педофилия – сексуальное влечение к детям. Наблюдается обычно у мужчин, в том числе пожилых, с теми или иными нарушениями половых функций. Это развратные действия, сопровождающиеся показом порнографии, раздеванием детей, осмотром их половых органов, мастурбацией. Иногда с детьми совершаются половые акты как в обычной, так и в извращенной форме. Педофилия может сочетаться с садизмом. В таких случаях детям причиняют телесные повреждения, иногда довольно тяжелые и несовместимые с жизнью. Педофильные акты совершаются как с посторонними, так и с собственными или усыновленными детьми.

Геронтофилия – расстройство сексуального предпочтения, при котором половые акты совершаются с пожилыми и старыми людьми. Геронтофилия – сравнительно редкое извращение, часто сопровождается садистическими тенденциями или жестокими убийствами.

Некрофилия – половое влечение к трупам. Встречается преимущественно у мужчин. Формируется этот вид расстройств влечения у лиц с глубокими формами психопатий или психически больных. Некрофилы часто являются работниками моргов или кладбищ. Они обычно вскрывают могилы или в моргах глумятся над трупами. В экспертной судебно-психиатрической практике они встречаются нечасто. Привлекаются к ответственности за хулиганство и надругательство над телами умерших и местами их захоронения.

Эксгибиционизм – расстройство полового влечения, которое проявляется в периодической или постоянной наклонности к обнажению

166

своих половых органов, особенно перед лицами противоположного пола (чаще перед женщинами), без намерений полового контакта. Обнажение сопровождается половым возбуждением с эрекцией. Подобного типа наклонности обычно проявляются на высоте эмоционального напряжения и чередуются со светлыми периодами. Подобные правонарушения типичны для лиц с расстройствами полового влечения типа эксгибиционизма.

Садомазохизм – достижение полового удовлетворения путем причинения страдания сексуальному партнеру (садизм). Такие лица иногда получают половое удовлетворение, совершая половые акты с жертвой, находящейся в состоянии агонии. Разновидностью садизма является мазохизм – получение сексуального удовлетворения при унижениях и страданиях, причиняемых ему сексуальным партнером. В практике чаще встречается сочетание садизма с мазохизмом, что составляет синдром садомазохизма. Как правило, этим лицам свойственны серийные убийства, которые исчисляются несколькими жертвами. В обычной жизни садомазохисты не проявляют социальной дезадаптации, не производят впечатления лиц с какими-либо аномалиями психики, поэтому преступления такого рода трудно раскрываемы.

Судебно-психиатрическая оценка. В судебно-психиатрической практике истинные расстройства влечений встречаются нечасто. Вместе с тем лица, привлекаемые к ответственности за различные преступления, нередко говорят о своем влечении к воровству, поджогам, бродяжничеству и т.д. В этих случаях всегда возникает необходимость в отграничении истинных нарушений влечений от ложных. Последние обычно носят характер зафиксировавшихся антисоциальных привычек, образа жизни, психологических установок личности. Судебно-психиатрическая оценка лиц с наличием таких форм поведения опирается в основном не на анализ однотипных общественно опасных деяний, а на выявление основной почвы, на которой они возникают.

Если указанные формы поведения возникают у больных шизофренией,

маниакально-депрессивным психозом, органическим заболеванием центральной нервной системы, то решение экспертных вопросов зависит от глубины и выраженности психических расстройств, свойственных основному заболеванию.

Истинным расстройствам влечения свойственны определенные закономерности – это повторность однотипных действий без какой-либо материальной заинтересованности, отсутствие сокрытий противоправного деяния, его патологическая мотивировка, подчиненность действий характеру влечения.

167

Лица, у которых в период судебно-психиатрической экспертизы не выявлены истинные расстройства влечений, а констатировались лишь признаки психопатий и нерезко выраженные резидуальные явления органического поражения центральной нервной системы, не подпадают под действие ст. 21 УК, так как они могут осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, и признаются вменяемыми.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих истинными расстройствами влечений, независимо от их содержания, неоднозначна. В тех случаях, когда нарушения влечений не достигают степени неодолимости при наличии частичной критики к своим действиям, борьбы мотивов перед правонарушением или находятся в стадии формирования, допустимо рекомендовать применение ст. 22 УК, которая предусматривает наличие такого психического расстройства, которое лишало бы лицо возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Применение ограниченной вменяемости к лицам с нарушенными влечениями подразумевает присутствие в деяниях данных лиц мотивации правонарушения, соответствующей форме нарушенных влечений.

В тех случаях, когда расстройства влечений становятся ведущим признаком, сливаются с личностью, не поддаются коррекции, с нарушенной критической оценкой поведения в целом, следует считать оправданным применение статьи о невменяемости.

168

[163](#) :: [164](#) :: [165](#) :: [166](#) :: [167](#) :: [168](#) :: [Содержание](#)

[168](#) :: [169](#) :: [170](#) :: [171](#) :: [172](#) :: [173](#) :: [Содержание](#)

## 6.7. Временные психические расстройства

### 6.7.1. Искл​ючительные состояния

По характеру возникновения и течения исключительные состояния сходны между собой: начинаются и заканчиваются внезапно, протекают на фоне измененного сумеречного помрачения сознания, сопровождаются чаще всего бурным двигательным возбуждением и агрессией. К особенностям этих состояний следует отнести то, что лица в данном состоянии не доступны контакту с другими людьми, эти эпизоды длятся непродолжительное время (чаще минуты, реже – часы), после чего у них наступает истощение физических и психических сил (прострация), а чаще сон с последующим восстановлением психического здоровья. О произошедшем деянии у таких лиц отмечают полную или реже частичную амнезию.

168

Все эти расстройства объединяются большим сходством клинической картины и главными психотическими особенностями течения, а также обратимостью этих расстройств, определенной общностью патологических механизмов и теми ретроспективными трудностями, которые возникают при их диагностике. Судебно-психиатрическая практика подтверждает целесообразность и оправданность выделения форм исключительных состояний в самостоятельную группу.

Несмотря на то что исключительные состояния могут возникать у

практически здоровых людей, все-таки чаще они наблюдаются у лиц с остаточными явлениями органического поражения головного мозга, у которых психиатры отмечают психопатологические отклонения. Именно последние создают ту или иную степень психической неустойчивости, которая вместе с тем ни в коей мере не является проявлением психического заболевания в узком смысле этого слова. Но все-таки эта психическая неустойчивость является преимущественным фактором, обуславливающим развитие исключительных состояний.

Патологическое опьянение (острый транзиторный психоз) – острый кратковременный психотический эпизод, возникающий на фоне простого алкогольного опьянения. Для возникновения патологического опьянения имеет значение не столько воздействие алкоголя, сколько наличие постоянной и временной патологической почвы. Постоянная почва проявляется в резидуальных явлениях перенесенных в прошлом органических заболеваний, центральной нервной системы, в том числе черепно-мозговых травм, однако выраженных столь незначительно, что лица в обычном состоянии не обнаруживают отклонений в психической сфере и считаются практически здоровыми. Большую роль в возникновении патологического опьянения играет временная почва – усталость, переутомляемость, недосыпание, психическое и физическое истощение, волнения, страхи, тревога. В таком состоянии принятый алкоголь, независимо от его дозы, в некоторых случаях вызывает патологическое опьянение. Сочетание указанных факторов наблюдается чрезвычайно редко и потому повторение патологического опьянения у одного и того же лица маловероятно.

Патологическое опьянение возникает остро на фоне обычной картины алкогольного опьянения (шаткая походка, нечеткая речь, снижение критических способностей, пьяное балагурство или гневливость, придиристичность и т.д.) и характеризуется резким изменением состояния субъекта. Основным симптомом патологического

169

опьянения является болезненно измененное сознание, в результате чего нарушаются и искажаются процессы восприятия, наступает отрыв от реальной действительности. Появляются безотчетный страх, тревога, ощущение угрозы в отношении себя и своих близких. При нарастании эмоционального напряжения нарушается ориентировка в окружающем и появляется бредовое ее толкование.

Различаются две главные формы патологического опьянения: эпилептиформный и параноидный варианты. При эпилептиформном варианте отмечается молчаливая мрачная сосредоточенность, действия и поступки носят автоматизированный характер, выявляется резкое и безмотивное возбуждение, бесцельное неистовство, ярость, агрессия. Психопатологическая продукция выражена мало или не замечается окружающими.

При типичной картине параноидного, или галлюцинаторно-параноидного, варианта в клинической картине сумеречного состояния сознания выявляются бредовые переживания устрашающего характера, отрывочные галлюцинаторные феномены, стереотипные движения и импульсивные двигательные разряды, сопровождающиеся аффектом страха.

Заканчивается патологическое опьянение так же внезапно, как и начинается, чаще всего терминальным сном. Характерно полное отсутствие сокрытия следов преступления, не оказание сопротивления при задержании, пассивное подчинение окружающим. Совершенное деяние после восстановления сознания воспринимается с удивлением, как чуждое. Патологическое опьянение сопровождается последующим запоминанием происшедшего. Патологическое опьянение не является тяжелой формой простого алкогольного опьянения, это качественно иное состояние психики – тяжелое

психическое расстройство, спровоцированное алкоголем.

Патологический аффект – это болезненное состояние психогенного происхождения, возникающее у практически психически здорового человека.

Патологический аффект понимается психиатрами как острая реакция в ответ на психотравмирующее воздействие, на высоте развития которой имеет место нарушение сознания по типу аффективного сумеречного состояния.

Аффективная реакция такого типа характеризуется остротой, яркостью выражения и трехфазностью:

170

подготовительной. Личностная переработка психогении, возникновение и нарастание аффективного напряжения. Острая психогения может сокращать эту фазу до нескольких секунд, резко ускоряя возникновение аффекта. Длительная психотравмирующая ситуация удлинит нарастание аффективного напряжения, на фоне которого психогенный повод по механизму "последней капли" может вызвать наступление острой аффективной реакции;

фазой взрыва. Возникает кратковременное психотическое состояние: кратковременные расстройства восприятия в виде гипоакузий (звуки отдаляются), гиперакузий (звуки воспринимаются как очень громкие), иллюзорные восприятия. О нарушении сознания и патологическом характере аффекта свидетельствуют также чрезвычайно резкий переход интенсивного двигательного возбуждения, свойственного второй фазе, в психомоторную заторможенность;

заключительной. Отсутствие каких-либо реакций на содеянное, невозможность контакта, терминальный сон или болезненная прострация, представляющая собой одну из форм оглушения.

Основным критерием разграничения патологического и физиологического аффектов служит установление симптомов психогенно обусловленного сумеречного состояния сознания при патологическом аффекте или аффективно суженного, но не психотического состояния сознания при физиологическом.

Понятие реакции короткого замыкания практически исчезло из экспертной практики. Часть этих состояний квалифицируется как патологический или физиологический аффект. Так называемые реакции короткого замыкания могут развиваться у практически психически здоровых лиц, как правило, с астеническими личностными особенностями, а также при наличии легкой резидуальной органической патологии, чаще посттравматического генеза.

Реакции короткого замыкания возникают обычно на фоне пролонгированной психотравмирующей ситуации. Подготовительный этап длительный, характеризуется формированием "аффективной почвы" (снижение порога аффективной устойчивости), на фоне которой развиваются неглубокие депрессивные состояния, проходящие этапы астенический, психосоматический, с формированием сверхценных идей.

Психогенное изменение сознания происходит внезапно, после дополнительного, часто малозначительного повода, клинически состояние протекает в виде двигательного возбуждения со

171

стереотипными агрессивными действиями или с наличием иллюзорных, дереализационных расстройств (иное восприятие лиц и окружающей обстановки). В тех случаях, когда имеется временная или постоянная почва, реакции короткого замыкания близки по клиническим проявлениям к патологическому аффекту с психогенным сумеречным нарушением сознания.

Патологическое просоночное состояние в судебно-психиатрической литературе описывалось под названиями "физиологическое и патологическое опьянение сном", "сновидное опьянение", относящееся к расстройствам пробуждения. Патологические просоночные состояния, как правило,



развиваются у лиц, склонных и ранее к расстройствам сна, особенно пробуждения, сопровождающихся медленным восстановлением ориентировки в окружающем. Возникновение их может провоцироваться приемом алкоголя. Объектом агрессивного поведения обычно становятся лица, находящиеся вблизи, и искаженное восприятие их является как бы продолжением сновидения. В период просоночного состояния сознание помрачено, в силу чего полностью отсутствует контакт с окружающими, последовательность и целенаправленность действий определяется содержанием сновидений. После правонарушения сон или продолжается, или наступает пробуждение с последующей адекватной реакцией растерянности и удивления по поводу происшедшего. Однако возможны фрагментарные воспоминания, касающиеся в основном содержания сновидений. Сновидения, как правило, носят яркий, устрашающий характер, сопровождающийся страхом и необходимостью обороны.

Судебно-психиатрическая оценка. Патологическое опьянение всегда свидетельствует о невменяемости лица, совершившего противоправное деяние в таком состоянии.

Судебно-психиатрическая оценка патологического и физиологического аффектов различна. При совершении аффективного деликта невменяемость определяется только наличием признаков патологического аффекта в момент правонарушения. Данное состояние подпадает под понятие временного расстройства психической деятельности медицинского критерия невменяемости, так как исключает возможность такого лица в момент совершения противоправных действий осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

Судебно-психиатрическая оценка реакции короткого замыкания соответствует оценке патологического аффекта – признанием

172

лица невменяемым в отношении инкриминируемого ему правонарушения. Выбор меры медицинского характера определяется наличием органически измененной почвы, выраженностью реактивного состояния на момент обследования и характером противоправного деяния.

Лица, совершившие правонарушения в состоянии патологического просоночного состояния, признаются невменяемыми.

173

[168](#) :: [169](#) :: [170](#) :: [171](#) :: [172](#) :: [173](#) :: [Содержание](#)

[173](#) :: [174](#) :: [175](#) :: [176](#) :: [177](#) :: [178](#) :: [179](#) :: [Содержание](#)

#### 6.7.2. Реактивные состояния

Реактивными состояниями называются временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие как реакция в ответ на воздействие психической травмы, и составляют две основные подгруппы – неврозы и реактивные (или психогенные) психозы.

Неврозы – это группа психических расстройств, возникающих под влиянием психических травм, сопровождающихся нарушением общего самочувствия и различных сомато-вегетативных функций, эмоциональной неустойчивостью, повышенной психической истощаемостью при достаточно сохранной оценке окружающего и осознания факта своего болезненного состояния. Им не свойственны такие тяжелые (выраженные) формы психических расстройств, как бредовые идеи, галлюцинации, интеллектуально-мнестические расстройства и т.д. Психическая травма может быть обусловлена острым эмоциональным стрессом или невыраженными, но длительными неприятными переживаниями при отсутствии положительной эмоциональной поддержки.

Наиболее распространенной и традиционной в отечественной литературе является классификация неврозов по клиническим проявлениям. В соответствии с этим рассматриваются три самостоятельных типа неврозов: 1) неврастения, 2) истерический невроз и 3) невроз навязчивых состояний.

Неврастения является наиболее распространенной формой неврозов, развивается чаще у лиц с астенической конституцией в условиях длительной неразрешимой конфликтной ситуации, вызывающей постоянное психическое напряжение. Течение неврастении обычно длительное и зависит, с одной стороны, от прекращения или продолжающегося действия травмирующей ситуации (особенно если эта ситуация вызывает постоянную тревогу, ожидание неприятностей), с другой – от особенностей личности и общего состояния организма. При изменившихся условиях симптомы неврастении исчезают бесследно.

173

Проявления истерического невроза чрезвычайно многообразны. Истерические припадки отличаются выразительностью, длительностью, сопровождаются слезами, стонами, криками. Истерические расстройства двигательной сферы обычно не зависят от иннервации, а соответствуют представлению об анатомическом делении конечностей (паралич одной руки, обеих рук или ног, всех конечностей). Истерические контрактуры отмечаются в мышцах конечностей, иногда мышцах шеи, туловища. В прошлом встречались явления астазии – абазии (отказ от стояния и ходьбы при полной сохранности опорно-двигательного аппарата). Такие больные, лежа в постели, совершают произвольные движения конечностями, изменяют положение тела. Однако при попытке их поставить они валятся, не опираются на ноги. Иногда при длительно существующих параличах наступают вторичные атрофии.

Сенсорные нарушения чаще всего проявляются в понижении или утрате кожной чувствительности. Характерно, что изменения чувствительности также не соответствуют зонам иннервации, а отражают представления об анатомическом строении конечностей и частей туловища (по типу перчаток, чулок). Отмечаются также болевые ощущения в разных частях тела и различных органах. Довольно часто встречаются нарушения деятельности отдельных органов чувств: истерическая слепота (амавроз), глухота. Нередко истерическая глухота сочетается и с истерическим мутизмом, возникает картина истерической глухонемой (сурдомутизм).

Вегетативным нарушениям отводится особое значение в клинической картине истерического невроза. Часто отмечающийся спазм гладкой мускулатуры определяет такие характерные симптомы, как чувство сжатия горла (истерический ком), ощущение непроходимости пищевода, недостатка воздуха. Нередко встречается истерическая рвота, не связанная с каким-либо заболеванием желудочно-кишечного тракта и обусловленная спазмом привратника желудка. При волнении отмечаются учащенное сердцебиение, нарушение сердечного ритма, одышка, поносы и другие функциональные расстройства внутренних органов.

Психические нарушения еще более выразительны и многообразны, чем все другие проявления истерического невроза. Преобладают эмоциональные нарушения: страхи, колебания настроения, состояния подавленности, депрессии. При этом за внешней выразительностью скрываются часто очень поверхностные эмоции.

Невроз навязчивых состояний встречается в судебно-психиатрической практике относительно реже, чем истерический и неврастения,

174

и имеет две основные формы: 1) навязчивости, содержание которой носит отвлеченный, аффективно-нейтральный характер, и 2) чувственно-образной навязчивости с аффективным, обычно крайне тягостным содержанием. В клинической картине всегда представлены неврастенические симптомы – раздражительная слабость, повышенная истощаемость, нарушения сна.

К группе навязчивостей относятся:

навязчивые сомнения – постоянно возникающая неуверенность в правильности и законченности совершенных действий;

навязчивые представления, которые, несмотря на их явную неправдоподобность, абсурдный характер, не могут быть устранены (например, у матери, похоронившей ребенка, вдруг появляется чувственно-образное представление, что ребенок похоронен живым);

навязчивые воспоминания – непреодолимое, назойливое воспоминание какого-либо неприятного, отрицательно окрашенного эмоционально события в прошлом, несмотря на постоянные усилия не думать о нем. К этому же ряду навязчивых явлений относятся навязчивые опасения в возможности выполнения привычных автоматизировавшихся поступков и действий;

навязчивые страхи (фобии) – особенно многообразны по содержанию, характеризуются непреодолимостью и, несмотря на их бессмысленность, невозможностью с ними справиться. Иногда возникает навязчивый бессмысленный страх высоты, открытых пространств, площадей или закрытых помещений. У некоторых больных преобладает навязчивый страх за состояние своего сердца (кардиофобия) или страх заболеть раком (канцерофобия);

навязчивые действия – движения, совершаемые против желания больных, несмотря на все прилагаемые усилия, чтобы их сдержать. Иногда первоначальные действия бывают целенаправленными (например, покашливание при ларингите или характерное вытягивание шеи, когда мешает слишком узкий воротник). В дальнейшем они фиксируются, утрачивая смысл и целенаправленность.

При судебно-психиатрической экспертизе следует иметь в виду, что только в некоторых, очень редких случаях тяжелых невротических состояний явления навязчивости могут приводить к антисоциальным действиям. В большинстве случаев больные с невротическими навязчивыми состояниями вследствие критического к ним отношения и борьбы с болезнью не совершают криминальных действий, связанных с явлениями навязчивости.

175

Реактивные психозы можно разделить на острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы и затяжные реактивные психозы.

Острые шоковые реактивные психозы возникают под влиянием внезапной очень сильной психогенной травмы, представляющей угрозу существованию, чаще всего при массовых катастрофах (землетрясение, авария, наводнение и др.), при тяжелом потрясении, связанном с неожиданным, непрогнозированным известием, арестом и т.п.

Острые шоковые реакции встречаются редко, их продолжительность от 15-20 м до нескольких часов или суток. Они проявляются в двух формах:

гипокинетической (или психогенной психомоторной заторможенностью). Проявляется внезапно наступающим состоянием оцепенения, полной обездвиженностью, нарушением восприятия внешних раздражителей и отсутствием речи. Это состояние сопровождается вегетативными нарушениями и глубоким помрачением сознания по типу сноподобной оглушенности с последующей амнезией;

гиперкинетической (или психогенного психомоторного возбуждения). Характеризуется внезапно наступающим хаотическим беспорядочным метанием, бессмысленным бегством, нередко в направлении опасности. Больные куда-то стремятся, их движения бесцельны, недифференцированы и нецелесообразны. Мимика отражает устрашающие переживания, высказывания бессвязны, отрывочны. Иногда при этом преобладает острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока.

По психопатологической картине подострые реактивные психозы более сложны и многообразны, чем острые шоковые реакции. Они развиваются более медленно и постепенно. После воздействия психогенной травмы проходит определенный период переработки травмирующего переживания. В одних случаях подострые реактивные психозы имеют вначале острую стадию, которая затем переходит в подострую, в других – подострым

реактивным психозам предшествует невротическая стадия. Длительность подострых реактивных психозов – от двух-трех недель до двух-трех месяцев. К таким психозам относятся психогенная депрессия, психогенный паранойд и галлюциноз, истерические психозы.

Психогенными депрессиями называются такие психогенные реакции, в клинической картине которых особое место занимает

176

депрессивный синдром, проявляющийся в аффекте тоски, тревоги и более или менее выраженной общей психомоторной заторможенности.

Выделяют четыре клинических варианта, наиболее часто встречающихся в настоящее время в судебно-психиатрической практике: 1) простые, или, по терминологии некоторых авторов, "чистые" реактивные депрессии; 2) депрессивно-паранойдный; 3) астено-депрессивный; 4) депрессивно-истерический синдромы.

Психогенный паранойд и галлюциноз, острые параноиды (без галлюцинаторных явлений) относятся к сравнительно редким формам реактивных психозов. Возникают они, как правило, у психопатических и акцентуированных личностей тормозимого круга, у лиц в возрасте обратного развития (после 50 лет), а также с последствиями органического поражения головного мозга (травматической и сосудистой природы) обычно после ареста, в тюрьме, нередко на фоне бессонницы.

В начальной стадии у больных появляются непонятная мучительная тревога, общее эмоциональное напряжение и беспокойство. При сохранности ориентировки отмечается легкое изменение сознания, оно характеризуется недостаточной четкостью дифференцированности восприятия. Состояние тоски и тревоги сменяется беспредметным ожиданием гибели. Больные защищаются от мнимых преследователей, боясь быть отравленными, отказываются от еды, становятся беспокойными, иногда агрессивными. Перелом в состоянии больных наступает сразу же после перевода их в стационар. Раньше всего обычно исчезают галлюцинации, напряженный аффект страха сменяется тоскливой депрессией с элементами тревоги, а в последующем – общей астенией. Бред не обнаруживает тенденции к дальнейшему развитию, однако длительное время не восстанавливается полная критика к пережитому. Нередко в подобных случаях отмечается затяжное течение реактивного психоза.

В судебно-психиатрической клинике чистые психогенные параноиды или психогенные галлюцинозы в настоящее время встречаются очень редко.

Истерические психозы. Чаще эта форма развивается у лиц с последствиями травматического поражения головного мозга, а также у психопатических личностей, преимущественно истерического и возбудимого круга. Бредоподобные фантазии иногда развиваются остро, на фоне подавленного настроения, эмоционального напряжения с элементами тревоги. Патологическое фантастическое

177

творчество характеризуется быстрым развитием бредо-подобных построений, отличающихся изменчивостью, подвижностью, летучестью. Преобладают нестойкие идеи величия, богатства, которые в фантастически-гиперболизированной форме отражают замещение тяжелой непосильной ситуации конкретными по содержанию вымыслами, стремление к реабилитации. Больные рассказывают о своих полетах в космос, о несметных богатствах, которыми они обладают, великих открытиях, имеющих государственное значение.

Реактивный психоз с синдромом бредоподобных фантазий необходимо отграничивать от встречающегося в условиях заключения своеобразного непатологического творчества, которое отражает тяжесть ситуации и потребность в самоутверждении. В этих случаях больные также пишут

"научные" трактаты нелепого, наивного содержания, предлагают различные методы борьбы с преступностью, излечения тяжелых заболеваний, продления жизни и т.п. Однако в отличие от реактивного психоза с синдромом бредоподобных фантазий в этих случаях отсутствуют выраженное эмоциональное напряжение с элементами тревоги, а также другие психотические истерические симптомы.

Понятие затяжного реактивного психоза определяется не только длительностью течения (шесть месяцев, год и до пяти лет), но и клиническими особенностями отдельных форм и характерными закономерностями динамики заболевания.

При подострых реактивных психозах с депрессивно-параноидным, галлюцинаторно-параноидным и параноидным синдромами на затяжном этапе ведущую роль играет тоскливая депрессия с элементами тревоги. Постепенное углубление депрессии сопровождается нарастающей психомоторной заторможенностью. К отмечавшимся в под остром периоде бредовым идеям отношения, особого значения и преследования присоединяются бредовые идеи самообвинения, греховности, патологическое бредовое толкование окружающего. Больные убеждены, что на них как-то по-особенному смотрят, "не хотят садиться за общий стол", так как знают об их преступлениях и "неблаговидных поступках" в прошлом, о которых они сами забыли и только недавно "вспомнили" по отдельным намекам окружающих.

У лиц, перенесших затяжную истерическую депрессию, при возобновлении травмирующей ситуации возможны рецидивы и повторные реактивные психозы, клиническая картина которых воспроизводит симптоматику первоначального реактивного психоза по типу отработанных клише.

178

Судебно-психиатрическая оценка. При установлении реактивных состояний в момент совершения общественно опасного деяния лицо признается невменяемым. Однако обычно реактивные состояния возникают после совершения правонарушения во время следствия, а также по его окончании, до или после вынесения приговора и в период отбывания наказания. Перед экспертизой, как правило, ставится вопрос об оценке психического состояния лица после совершения правонарушения в указанные временные промежутки. В соответствии с ч. 1 ст. 81 УК установление реактивного состояния, развившегося после совершения криминальных действий, может быть основанием для освобождения от наказания, но не от уголовной ответственности.

Лицам, заболевшим психическим расстройством до вынесения судом приговора, нельзя назначить наказание. Для тех, у кого расстройство наступило после вынесения приговора, невозможно исполнить или в дальнейшем осуществлять уже назначенное наказание. Суд может назначить таким лицам принудительные меры медицинского характера (ст. 97, 99 УК).

179

[173](#) :: [174](#) :: [175](#) :: [176](#) :: [177](#) :: [178](#) :: [179](#) :: [Содержание](#)  
[180](#) :: [181](#) :: [182](#) :: [183](#) :: [Содержание](#)

---

Глава

7

Симуляция  
расстройств

и

диссимуляция

психических

Симумция психического заболевания – сознательное притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства, совершаемое с корыстной целью в надежде избежать наказания.

С точки зрения судебно-психиатрической науки и практики проблема



симуляции является сложной и не всегда легко разрешаемой. Усложняют трудности решения этой проблемы ряд факторов, ведущими среди которых являются следующие: имеющее место психическое расстройство не всегда может быть легко доказано на практике, в то же время не всегда может быть выявлена истинная симуляция; психические расстройства и симуляция могут сосуществовать, поэтому при установлении факта симуляции и его доказательства нельзя исключить наличие психического расстройства. В ряде случаев психические расстройства вытекают из симуляции, и симуляция переходит в психическое расстройство. Таким образом, доказанная в определенный промежуток времени симуляция не исключает психической болезни в более поздний период.

Во всех случаях симуляции присутствуют сознательность, преднамеренность и целеустремленность. Симуляция может наблюдаться как в период следствия, так и у осужденных, однако наиболее часто проявляется в критические переломные периоды: заключение под стражу, судебное разбирательство при изменении режима содержания, отказ в досрочном освобождении и т.д.

В судебно-психиатрической практике различают симуляцию истинную, или чистую, которая наблюдается у психически здоровых лиц, и патологическую – симуляцию на патологической почве (на фоне психического заболевания или дефекта).

Бывает несколько вариантов симуляции, возникающей на патологической почве.

Аггравация – сознательное преувеличение существующих болезненных явлений с целью добиться желаемого решения экспертизы.

180

Близко стоит, а иногда и сочетается с ней искусственное продление перенесенных в прошлом болезненных явлений, так называемая метасимуляция. Описаны явления и сверхсимуляции, когда имеет место демонстрация симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию, "не совместимых" с этим заболеванием, например демонстрируется грубый амнестический синдром при шизофрении.

Хронологически (относительно события преступления) различают три вида симуляции психических расстройств: до совершения преступления (с целью создать впечатление, что личность еще ранее была больна психически), в момент преступления (чтобы доказать, что преступление совершено в болезненном, невменяемом состоянии) и после совершения преступления (как защитная психическая реакция с целью уйти от ответственности).

Симуляцию психического заболевания различают в зависимости от ее способа. Поведение и высказывания личности направлены на доказательство наличия признаков психического заболевания или симуляцию анамнеза (рассказ о перенесенном якобы психическом заболевании, которого не было у испытуемого). Эти способы могут сочетаться друг с другом.

Формы истинной симуляции зависят от личностных факторов, ведущими среди которых является осведомленность лица о симптоматике и особенностях течения психических заболеваний в зависимости от собственного опыта. Обычно лица прибегают к симуляции анамнестических данных, чем болезненного психического состояния. Достаточно редко встречается симуляция определенной клинической формы заболевания, чаще симулируются отдельные симптомы (галлюцинации, бред, расстройство памяти, мутизм) или синдромы (ступор, возбуждение, депрессия).

Поведение симулянтов изменчиво, так как они сталкиваются с различными трудностями в зависимости от общения с врачами-экспертами и персоналом. Вначале их демонстрируемые симптомы непостоянны, в дальнейшем они становятся постоянными и заученными. При длительном периоде наблюдается автоматизация симулятивного поведения, которое в некоторых случаях может переходить в истерические реакции.

Нередко симулянты отказываются от притворного поведения и чистосердечно признаются в симуляции, что является важным дифференциально-диагностическим признаком. Явление аггравации наиболее часто в судебно-психиатрической практике встречается у больных, страдающих олигофренией, сосудистыми заболеваниями

181

головного мозга, у больных с травматическими поражениями головного мозга, у психопатических личностей. Она является значительно более распространенной при судебно-психиатрической экспертизе, чем симуляция. Метасимуляция (продление заболевания) проявляется обычно в изображении отдельных симптомов перенесенного ранее реактивного психоза. Демонстрация психически больным симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (сверхсимуляция или сюрсимуляция), является редким явлением и распознается до-, вольно легко.

Основные методы распознавания симуляции психических заболеваний в основном сводятся к клиническому и экспериментально-психологическому методам исследования, применяются и дополнительные параклинические исследования (электроэнцефалография и др.) с компьютеризацией их данных. Установление симуляции психических расстройств здоровыми лицами не представляет больших трудностей в отличие от выявления симуляции на патологической почве. При симуляции на патологической почве основное значение для судебно-психиатрической оценки имеет установление характера и глубины имеющихся изменений. При решении экспертных вопросов, в заключении необходимо указать на наличие симуляции или аггравации, а также на имеющиеся у подэкспертного особенности психики, не исключающие способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Диссимуляция психических расстройств – преднамеренное утаивание, сокрытие имеющегося психического заболевания или отдельных его симптомов.

Различают полную и частичную диссимуляцию. При полной больные отрицают у себя какие бы то ни было психические расстройства как на момент обследования, так и в прошлом. При частичной диссимуляции больные скрывают только отдельные клинические проявления, а о других рассказывают достаточно подробно. К частичной диссимуляции относятся такие случаи, когда все имеющиеся психические расстройства больные относят к прошлому, полностью отрицая их на момент обследования.

К диссимуляции прибегают больные, которые опасаются госпитализации в психиатрический стационар, лишения гражданских прав или же стремятся выписаться из психиатрической больницы, особенно в период пребывания на принудительном лечении.

182

Иногда встречаются случаи, когда диссимилируют бредовые больные с целью выписки из стационара для получения возможности реализации бредовых идей, представляющих по своему содержанию высокую социальную опасность (поймка мнимых преследователей, бредовая месть и т.п.). Больные в состоянии депрессии также могут диссимилировать, стремясь к осуществлению суицида.

Избранная больными форма диссимуляции во многом зависит от того, в какой степени они могут критически осознать, что именно из особенностей их поведения воспринимается окружающими как признак болезни. Проявления диссимуляции зависят также от того, насколько имеющиеся психопатологические расстройства позволяют больным контролировать свое поведение.

Таким образом, способность к диссимуляции свидетельствует о частичной критике к своим болезненным переживаниям. В то же время наличие

диссимуляции отражает недостаточный учет больными всех особенностей реальной ситуации и недостаточно полное прогнозирование последствий своего состояния и поведения. Особенно часто это отмечается у больных шизофренией. Распознавание диссимуляции, препятствующей своевременной диагностике истинного характера заболевания, в судебно-психиатрической практике нередко представляет значительные трудности.

Для распознавания диссимуляции большое значение имеют данные анамнеза, указывающие на перенесенные в прошлом психотические состояния. При диссимуляции, несмотря на скупой, формальный и уклончивый характер ответов больных, не позволяющий выявить бредовые переживания, всегда в той или иной форме сохраняется симптоматика, которую невозможно диссимулировать, – специфические для шизофрении расстройства мышления в виде некоторой непоследовательности, соскальзываний, особенностей эмоциональных проявлений. Некоторые характерные черты проявляются и в манере поведения, его вычурности, в неадекватности мимики, свойственной больным угловатой моторике. Существенную помощь в распознавании диссимуляции оказывают психологические методы обследования.

Констатация диссимуляции особенно важна при решении вопроса о наличии показаний к госпитализации больного. Наличие диссимуляции необходимо учитывать при выборе мер медицинского характера в отношении больных, совершивших общественно опасное деяние и признанных невменяемыми.

183

[180](#) :: [181](#) :: [182](#) :: [183](#) :: [Содержание](#)

[184](#) :: [185](#) :: [186](#) :: [Содержание](#)

---

#### Литература

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятая 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения (1991 г.). В 3 ч. – Женева, 1995.

Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения (Москва, 28 марта 1997 г.).

Единая конвенция о наркотических средствах (Нью-Йорк, 30 марта 1961 г.) (с изм. от 25 марта 1972 г.).

Конвенция о психотропных веществах (Вена, 21 февраля 1971 г.).

Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах".

Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (с изм. от 21 июля 1998 г.).

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изм. от 2 марта 1998 г. и от 20 декабря 1999 г.).

Временная инструкция "О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния" (приложение 18 к приказу Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. №225 (с изм. от 11 января 1993г., от 12 августа 1994г. и от 13 февраля 1995 г.).

Определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда РФ от 21 декабря 1995 г. "Изменение вида принудительной меры медицинского характера производится судом по заключению лечебного учреждения".

Постановление Пленума Верховного Суда СССР "О судебной практике по применению, изменению и отмене принудительных мер медицинского характера" от 26 апреля 1984 г. № 4 (с изм. от 1 ноября 1985 г.).

Приказ Минздрава России от 10 декабря 1996 г. № 407 "О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз" (с изм. от 5 марта 1997

г.).

184

Приказ МВД России от 28 июля 1997 г. № 462 "О порядке направления осужденных в лечебно-профилактические и лечебные исправительные учреждения УИС МВД России".

Приказ Минздрава России от 28 апреля 1998 г. № 140 "Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных".

Приказ Минздрава России от 16 декабря 1993 г. № 292 "Об организации стационарной судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации".

Приказ Минздрава России от 6 мая 1998 г. № 148 "О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением".

Приказ Минздрава России от 29 января 1997 г. № 33 "О некоторых вопросах принудительного лечения".

Приказ Минздравмедпрома России от 20 августа 1996 г. № 321 "Об упорядочении применения методов воздействия на психическое здоровье детей и подростков".

Приказ Минздрава России, МВД России от 30 апреля 1997 г. № 133/269 "О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами".

Приказ Минздрава России от 7 апреля 1999 г. № ИЗ "О мерах по совершенствованию судебно-психиатрической экспертизы".

Приказ Минздрава России от 8 апреля 1998 г. № 108 "О скорой психиатрической помощи".

Инструкция Минздрава СССР "О производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР" от 27 октября 1970 г.

Положение об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии, утвержденное приказом Минздрава России, МВД России от 5 декабря 1985 г. № 06-14/30.

Инструкция "Об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами", утвержденная приказом Минздрава России, МВД России от 30 апреля 1997 г. № 133/269.

Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д. Ф. Судебная психиатрия: Учебник для вузов /Под общей ред. Г. В. Морозова. – М.: ИНФРА-М - Норма, 1997. - 432 с.

Волков В.Н. Судебная психиатрия: Курс лекций. – М.: Юристь, 1998.

Судебная психиатрия: Учебник /Под ред. А.С. Дмитриева, Т.В. Клименко. – М.: Юристь, 1998.

185

Судебная психиатрия: Учебник /Под ред. Г.В. Морозова, Д.Р. Лунца. – М.: Юрид. лит., 1971.

Судебная психиатрия: Краткий словарь терминов для юристов /Авт.-сост. В.Н. Волков. – М.: Федеральный союз адвокатов России, 1996. – 103 с.

Каннабих Ю. История психиатрии: Репринт, изд.. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994.

Датий А. В. Судебная медицина и психиатрия: Практикум. – М.: БЕК, 1997.

Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии: Пер. с англ. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998.

Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем. – Ростов н/Д: Феникс, 1997. – 544 с.

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.

Хэзлем М. Т. Психиатрия: Вводный курс: Пер. с англ. – М., Львов: АСТ: Инициатива, 1998. – 624 с.

Кемпинский А. Психология шизофрении: Пер. с польск. – СПб.: Ювента, 1998.

- 296 с.

Право и психиатрия/Под ред. проф. С.В. Бородина. – М.: Юрид. лит., 1991. – 384 с.

Анохин П. К. Философские аспекты теории функциональной системы. – М.: Наука, 1978. – 400 с.

Кудрявцев И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М.: Юрид. лит., 1988.

186

[184](#) :: [185](#) :: [186](#) :: [Содержание](#)

[187](#) :: [188](#) :: [189](#) :: [190](#) :: [191](#) :: [192](#) :: [193](#) :: [194](#) :: [195](#) :: [196](#) :: [197](#) :: [198](#) :: [199](#) ::

[200](#) :: [201](#) :: [202](#) :: [203](#) :: [204](#) :: [205](#) :: [206](#) :: [207](#) :: [208](#) :: [209](#) :: [210](#) :: [211](#) :: [212](#) ::

[213](#) :: [214](#) :: [215](#) :: [216](#) :: [217](#) :: [218](#) :: [219](#) :: [220](#) :: [221](#) :: [222](#) :: [223](#) :: [224](#) :: [225](#) ::

[226](#) :: [227](#) :: [228](#) :: [229](#) :: [230](#) :: [231](#) :: [232](#) :: [233](#) :: [234](#) :: [235](#) :: [236](#) :: [237](#) ::

[Содержание](#)

---

## Приложение

О психиатрической помощи  
и гарантиях прав граждан при ее оказании

Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 с изм. от 21 июля 1998 г.  
(Извлечение)

Раздел

I

Общие положения

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания

(1) Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленным настоящим Законом и другими законами Российской Федерации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

(2) Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи

(1) Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона и других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

(2) Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции.

(3) Законодательные и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации и республиках в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округах, краях, областях, городах Москве и Санкт-Петербурге, не могут ограничивать права граждан и гарантии их соблюдения при оказании психиатрической помощи, предусмотренные настоящим Законом.

187

(4) Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи, то применяются правила международного договора.

Статья 3. Применение настоящего Закона

(1) Настоящий Закон распространяется на граждан Российской Федерации



при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.

(2) Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами Российской Федерации.

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(3) Несоввершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности, по месту жительства;

188

содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной

деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности (1) Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

(2) Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

189

Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь

(1) Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

(2) Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия – администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения.

(3) Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Российской Федерации. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивает возможность при приглашения адвоката, за исключением неотложных случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой статьи 23 и пунктом "а" статьи 29 настоящего Закона.

Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

190

Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

(2) Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

(3) Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц.

#### Статья 11. Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

191

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

#### Статья 12. Отказ от лечения

(1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.

(2) Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

#### Статья 13. Принудительные меры медицинского характера

(1) Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-

процессуальным кодексом РСФСР.

(2) Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР и Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

192

Раздел

II

Обеспечение психиатрической помощью и социальная защита лиц, страдающих психическими расстройствами

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством.

(1) Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;

консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защитой государство:

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

193

создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется федеральными органами государственной власти и управления, органами государственной власти и управления республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Российской Федерации.

Раздел

III

Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь.

Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов

Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь

(1) Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры. Порядок выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи устанавливается законодательством Российской Федерации.

(2) Виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими и психоневрологическими учреждениями или частнопрактикующими врачами-психиатрами, указываются в уставных документах или лицензиях; информация о них должна быть доступна посетителям.

Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи

(1) Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(2) Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, пройти специальную

194

подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами.

(3) Деятельность врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом.

Статья 20. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи

(1) Профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством Российской Федерации о здравоохранении и настоящим Законом.

(2) Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

(3) Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи

(1) При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным



долгом и законом.

(2) Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Статья 22. Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи

Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством Российской Федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на

195

случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, ему выплачивается страховая сумма в пределах его годового денежного содержания в зависимости от тяжести причиненного ущерба. При наступлении инвалидности страховая сумма выплачивается в размере от годового до пятилетнего денежного содержания в зависимости от степени утраты трудоспособности лица, а в случае его смерти страховая сумма выплачивается его наследникам в размере десятикратного годового денежного содержания.

Раздел

#### IV

Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

196

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый

находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(7) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом "а" части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

197

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде, мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(6) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи

(1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде

консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Статья 27. Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с

198

тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лица, страдающего психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

(1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно – по его просьбе или с его согласия.

(4) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного предста-

199

вителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии

родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(5) Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи

(1) Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

(3) Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвра-

200

щения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом РСФСР "О милиции".

Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей

(1) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет и лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения в порядке, предусмотренном частью первой статьи 32 настоящего Закона. В течение первых шести месяцев эти лица подлежат освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(2) В случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или администрацией

психиатрического стационара злоупотреблений, допущенных при госпитализации законными представителями несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет либо лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, администрация психиатрического стационара извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

(3) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в

201

суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

202



(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке

(1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33–35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического

203

стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в

интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном; принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(2) Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

204

Статья 39. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом, в том числе:

обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью;

предоставлять возможность ознакомления с текстом настоящего Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

Статья 40. Выписка из психиатрического стационара

(1) Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для

помещения в стационар.

(2) Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.

205

(3) Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.

(4) Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

(5) Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 настоящего Закона. В таком случае вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления госпитализации и выписки из стационара решаются в порядке, установленном статьями 32–36 и частью третьей статьи 40 настоящего Закона.

Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения

(1) Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица – также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

(2) Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

Статья 42. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения

Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о необходимости

206

обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Статья 43. Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений

(1) Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона.

(2) Обязанности администрации и персонала психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения по

созданию условий для реализации прав лиц, проживающих в нем, устанавливаются статьей 39 настоящего Закона, а также законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении и об образовании.

(3) Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

Статья 44. Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения

(1) Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.

(2) Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится:

по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;

по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

207

Раздел

V

Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи

Статья 45. Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи

(1) Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления.

(2) Контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют федеральные, республиканские (республик в составе Российской Федерации), автономной области, автономных округов, краевые, областные, городов Москвы и Санкт-Петербурга органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, а также министерства и ведомства, имеющие такие учреждения.

(3) Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами республик в составе Российской Федерации и подчиненными им прокурорами.

Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи

(1) Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. Право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть отражено в уставах (положениях) этих объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения.

(2) Представители общественных объединений обязаны согласовать условия посещения с администрацией психиатрического или психоневрологического

учреждения, ознакомиться с правилами, действующими в нем, выполнять их и подписать обязательство о неразглашении врачебной тайны.

Раздел

VI

Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи

Статья 47. Порядок и сроки обжалования

(1) Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий,

208

ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

(2) Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.

(3) Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Статья 48. Порядок рассмотрения жалобы в суде

(1) Жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном главой 241 Гражданского процессуального кодекса РСФСР и настоящей статьей.

(2) Участие в рассмотрении жалобы лица, чьи права и законные интересы нарушены, если позволяет его психическое состояние, его представителя, лица, чьи действия обжалуются, или его представителя, а также прокурора является обязательным.

(3) Расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

Статья 49. Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)

(1) Жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), рассматривается в десятидневный срок с момента обращения.

(2) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по существу жалобы должно быть мотивированным и основанным на законе.

(3) Копия решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются.

(4) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном главой 241 Гражданского процессуального кодекса РСФСР.

209

Статья 50. Ответственность за нарушение настоящего Закона

Уголовная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации. Административная и иная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения  
от 28 марта 1997 г.

Государства – участники Содружества Независимых Государств, именуемые далее Договаривающимися Сторонами, исходя из принципа государственного



суверенитета и на основе взаимного уважения и сотрудничества, руководствуясь тем, что правовое сотрудничество государств должно способствовать возвращению лиц, находящихся на принудительном лечении, к нормальной жизни в обществе, признавая, что проведение принудительного лечения в государстве их постоянного проживания способствовало бы более эффективному достижению указанной цели в соответствии с принципами и стандартами ООН, договорились о нижеследующем:

#### Статья 1

Граждане каждой из Договаривающихся Сторон, совершившие общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, в отношении которых имеется решение суда о применении к ним принудительных мер медицинского характера на территории другой Договаривающейся Стороны, по взаимному согласию этих Договаривающихся Сторон передаются для прохождения принудительного лечения в то государство, гражданами которого они являются или на территории которого постоянно проживают (если являются лицами без гражданства).

#### Статья 2

Передача лица для прохождения принудительного лечения осуществляется, если:

а) решение суда о применении принудительных мер медицинского характера вступило в законную силу;

210

б) лицо, направленное на принудительное лечение, совершило деяние, являющееся уголовно наказуемым по законодательству обеих Договаривающихся Сторон;

в) законодательством обеих Договаривающихся Сторон предусмотрены аналогичные меры медицинского характера;

г) у принимающей Договаривающейся Стороны имеется возможность обеспечить необходимое лечение и соответствующие меры безопасности;

д) получено согласие больного, а в случае его неспособности к свободному волеизъявлению – согласие его законного представителя.

#### Статья 3

Передача лиц для проведения принудительного лечения осуществляется по обращению как Договаривающейся Стороны, судом которой вынесено решение, так и Договаривающейся Стороны, гражданином которой лицо является или на территории которой постоянно проживает.

Полномочным лицом, выступающим с обращением от имени Договаривающихся Сторон, является руководитель компетентного органа или его заместитель.

Лицо, подлежащее принудительному лечению, его законный представитель, а также близкие родственники вправе направить в компетентные органы любой из Договаривающихся Сторон заявление о своей заинтересованности в передаче.

#### Статья 4

Обращение составляется в письменной форме. К нему прилагаются:

а) копия документа, удостоверяющего личность передаваемого;

б) удостоверенные копии решения суда о применении к лицу принудительных мер медицинского характера и документа о вступлении его в законную силу;

в) удостоверенная копия акта судебно-психиатрической экспертизы;

г) удостоверенная копия акта психиатрического освидетельствования на предмет изменения вида лечения;

д) справка ВТЭК;

е) текст статей уголовного закона, на основании которых лицу предъявлялось обвинение;

ж) письменное согласие больного или его законного представителя на передачу для прохождения принудительного лечения в государство,

211

гражданином которого он является или на территории которого имеет постоянное место жительства;

з) заявление близких родственников, если такое имеется;

и) документы, свидетельствующие о гражданстве больного, его постоянном и временном месте жительства;

к) сведения о родственниках больного;

л) другие документы и сведения, если это сочтут необходимым Договаривающиеся Стороны;

м) заверенный перевод обращения и прилагаемых к нему документов.

#### Статья 5

Решение о согласии (отказе) и передаче или принятии лица принимается руководителем компетентного органа не позднее 40 дней со дня получения обращения и направляется руководителю компетентного органа другой Договаривающейся Стороны.

О принятом решении в письменной форме сообщается лицу, в отношении которого послано обращение, или его законному представителю.

#### Статья 6

По вопросам настоящей Конвенции компетентные органы Договаривающихся Сторон сносятся друг с другом непосредственно.

Каждая Договаривающаяся Сторона сообщает депозитарию наименование своего компетентного органа.

#### Статья 7

Место, время и порядок передачи лица определяются по договоренности между компетентными органами обеих Договаривающихся Сторон.

Передача осуществляется с учетом того, чтобы транспортировка не отразилась отрицательно на состоянии больного, не привела к побегу или совершению какого-либо опасного деяния.

#### Статья 8

Каждая Договаривающаяся Сторона разрешает транзитную перевозку по своей территории лиц, передаваемых в соответствии с настоящей Конвенцией, третьей Договаривающейся Стороне. Такая перевозка разрешается по просьбе государства, гражданином которого лицо является.

212

#### Статья 9

Связанные с передачей лица расходы, возникшие до его передачи, несут Договаривающиеся Стороны, у которых они возникли. Последующие расходы, связанные с передачей лица, в том числе по его транзитной перевозке, несет Договаривающаяся Сторона, принявшая лицо для проведения принудительного лечения.

#### Статья 10

Пересматривать решение суда в отношении переданного лица правомочна только Договаривающаяся Сторона вынесения решения.

Лицо, направленное на принудительное лечение, не может быть вновь привлечено к уголовной ответственности в Договаривающейся Стороне, принявшей его для прохождения лечения, за то же деяние, в отношении которого оно было признано невменяемым, за исключением случаев, предусмотренных частью 3 настоящей статьи<sup>1</sup>.

В случае изменения решения суда Договаривающаяся Сторона, в которой оно было вынесено, незамедлительно информирует об этом Договаривающуюся Сторону, принявшую лицо для принудительного лечения.

По заключению врачебной комиссии в случае необходимости отмены или изменения принудительных мер медицинского характера с учетом изменения психического состояния лица, находящегося на принудительном лечении, соответствующее решение об отмене или изменении принудительных мер медицинского характера вправе принять суд Договаривающейся Стороны,

передавшей лицо для прохождения принудительного лечения, или суд Договаривающейся Стороны по месту прохождения принудительного лечения. О принятом решении письменно извещается другая Договаривающаяся Сторона.

#### Статья 11

Положения настоящей Конвенции применяются также в отношении лиц, направленных на принудительное лечение до вступления Конвенции в силу.

213

Положение об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной Комиссии

Утверждена письмом Минздрава СССР от 5 декабря 1985 г. № 06-14/30 (Извлечение)

Глава I. Организация и состав амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий

1. Амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии организуются для производства амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз.

Основными задачами амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы являются:

а) определение психического состояния обвиняемого, подозреваемого, подсудимого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими;

б) дача заключений о необходимости применения предусмотренных законом принудительных мер медицинского характера к лицам, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости III И совершившим такие деяния в состоянии вменяемости, но заболевшим после совершения преступления душевной болезнью, лишаящей их возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, если эти лица по характеру совершенного ими деяния и своему болезненному состоянию представляют опасность для общества;

в) определение психического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания;

г) определение психического состояния истцов, ответчиков, лиц, в отношении которых судом решается вопрос об их дееспособности, а также граждан для установления, могли ли они понимать значение своих действий и руководить ими при совершении гражданско-правовых сделок. Амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы проводятся в медицинских учреждениях, следственных изоляторах, в суде (в помещении, где проходит судебное разбирательство), в кабинете следователя или лица, производящего дознание. Члены амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий проводят также заочные и посмертные экспертизы. На членов амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий возлагается обязанность при необходимости консультировать работников судебных и следственных органов по вопросам судебной психиатрии.

214

3. Амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии организуются при одном из психиатрических или психоневрологических учреждений города, области, края, автономной или союзной (не имеющей областного деления) республики, соответственно главными управлениями (управлениями) здравоохранения, городскими, областными, краевыми отделами здравоохранения, министерствами здравоохранения автономных и союзных республик.

6. В тех случаях, когда амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы

производятся непосредственно в следственном изоляторе, необходимые помещения и оборудование для их производства предоставляются администрацией следственного изолятора.

## Глава II. Производство амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы

9. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза производится по постановлению лица, производящего дознание, следователя, прокурора, по определению суда и по определению (постановлению), вынесенному единолично судьей по делу частного обвинения или в порядке подготовки гражданского дела к судебному разбирательству.

10. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в медицинском учреждении и следственном изоляторе, а также заочная и посмертная экспертизы производятся амбулаторными судебно-психиатрическими экспертными комиссиями в составе не менее трех врачей-психиатров: председателя и двух членов комиссии, один из которых является врачом-докладчиком. Эта же экспертиза в суде (в помещении, где проходит судебное разбирательство), в кабинете следователя или лица, производящего дознание, может производиться психиатром-экспертом единолично или комиссией из нескольких врачей-психиатров.

11. Комиссии, производящие амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу, руководствуются Основами уголовного и гражданского законодательства и судопроизводства Союза ССР и союзных республик, соответствующими статьями Уголовного и Уголовно-процессуального, Гражданского и Гражданского процессуального кодексов союзных республик, Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР, настоящим Положением, приказами и инструкциями Министерства здравоохранения СССР.

12. При производстве экспертизы все психиатры-эксперты (председатель, члены комиссии, врач-докладчик) пользуются равными правами, предоставленными уголовно-процессуальными и гражданскими процессуальными кодексами союзных республик, и несут одинаковые обязанности. Эксперт не имеет права разглашать данные предварительного следствия или дознания, ставшие ему известными

215

в связи с производством экспертизы. За разглашение данных предварительного следствия или дознания, за уклонение или отказ от дачи заключения, а также за дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

13. Общий срок производства амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы не должен превышать 20 дней с момента поступления в комиссию постановления (определения) о назначении экспертизы со всеми необходимыми материалами до дня направления акта (заключения) амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы и материалов дела лицу, производящему дознание, следователю, прокурору, суду. Срок производства экспертизы приостанавливается в случае заявления экспертами письменного ходатайства о предоставлении дополнительных материалов и возобновляется с момента получения указанных материалов.

14. Если представленные экспертам материалы дела и медицинская документация недостаточны для дачи заключения, эксперты немедленно заявляют письменное ходатайство перед органом, назначившим экспертизу, о предоставлении им дополнительных материалов. Если же указанное ходатайство экспертов в течение 30 дней не будет удовлетворено, эксперты в письменной форме сообщают органу (лицу), назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение.

15. Если при производстве амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы не представляется возможным дать ответы на поставленные перед экспертами вопросы, то составляется мотивированное заключение о

необходимости производства стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

16. Результаты экспертных исследований оформляются в виде акта (заключения), подписываемого председателем и всеми членами комиссий. В случае разногласия между экспертами каждый эксперт дает свое заключение отдельно. Каждый эксперт несет личную ответственность за проведенную им экспертизу и за данное им заключение.

17. При производстве судебно-психиатрической экспертизы в кабинете следователя, лица, производящего дознание, и в суде, эксперты, производя обследование лица, проходящего экспертизу, и исследовав обстоятельства дела, относящиеся к предмету экспертизы, дают свое заключение с ответами на поставленные перед ними вопросы либо указывают на необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы в медицинском учреждении.

216

Глава III. Права и обязанности членов амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии

18. Общее руководство работой амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии возлагается на председателя комиссии. Распоряжения председателя по вопросам организации работы комиссии (распорядка дня, учет, отчетность, делопроизводство) являются обязательными для сотрудников амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии.

22. Члены комиссии: изучают материалы уголовного или гражданского дела, медицинскую документацию, иные материалы, относящиеся к предмету данной экспертизы; участвуют в заседаниях комиссии, в клиническом разборе данных о лицах проходящих экспертизу и в составлении актов (заключений) экспертизы; по постановлению следователя и лица, производящего дознание, по определению суда и в соответствии с указаниями председателя комиссии проводят экспертизу в кабинете следователя и лица, производящего дознание; участвуют в судебном заседании, где они обязаны дать заключение о психическом состоянии лица проходящего экспертизу, а также ответить на вопросы, относящиеся к произведенной ими экспертизе.

Кроме того, член комиссии, являющийся при производстве данной экспертизы врачом-докладчиком, обследует соматическое, неврологическое и психическое состояние лица, проходящего экспертизу, и составляет историю болезни; докладывает о результатах обследования и изучения материалов на заседании комиссии, а в случаях производства заочной или посмертной экспертизы – докладывает на заседании комиссии о результатах изучения имеющихся материалов (материалов дела, медицинской документации и пр.); после того, как эксперты пришли к окончательным выводам, составляет акт (заключение) судебно-психиатрической экспертизы, который предварительно согласовывается с председателем и другими членами комиссии.

Положение об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь

Утверждено постановлением Правительства РФ от 25 мая 1994 г. № 522 (Извлечение)

1. Учреждением, оказывающим внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, является учреждение государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, прошедшее в установленном

217

порядке лицензирования и получившее право на деятельность по оказанию психиатрической помощи.

Виды психиатрической помощи, оказываемые данными учреждениями, указываются в лицензиях.

Психиатрическую помощь оказывают самостоятельные специализированные



учреждения и структурные подразделения других лечебно-профилактических, учебных и научно-исследовательских учреждений.

5. Деятельность учреждения (подразделения) по оказанию психиатрической помощи, специальному обучению и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется по территориальному принципу. Оказание дополнительных специализированных видов медицинской помощи может также осуществляться экстерриториально.

6. При оказании психиатрической помощи в медицинских учреждениях должны быть созданы условия для реализации прав лиц, страдающих психическими расстройствами, предусмотренные Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", другими законами и нормативными правовыми актами.

7. Государственное и муниципальное учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, обязано вести учет своей деятельности и предоставлять государственным и муниципальным органам управления, а также министерству или ведомству, в подчинении которого оно находится, отчеты по установленным формам.

8. Организационно-методическое руководство деятельностью государственных и муниципальных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляет главный психиатр органа здравоохранения субъекта Российской Федерации либо соответствующего министерства или ведомства.

9. Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, выполняют следующие функции:

оказывают неотложную психиатрическую помощь;

осуществляют консультативно-диагностическую, лечебную, психопрофилактическую, социально-психологическую, реабилитационную помощь во внебольничных и стационарных условиях;

проводят все виды психиатрической экспертизы, в том числе определение временной нетрудоспособности;

оказывают социально-бытовую помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

принимают участие в решении вопросов опеки указанных лиц; проводят консультации по правовым вопросам;

осуществляют социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;

218

организуют обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

оказывают психиатрическую помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

10. Виды и мощность государственных и муниципальных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, их структура и штаты определяются федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, исполнительными органами местного самоуправления с учетом потребности населения в психиатрической помощи, конкретных условий, а также с учетом рекомендаций, разрабатываемых Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации.

11. Аттестация медицинских работников, психологов, социальных и других работников, участвующих в оказании психиатрической помощи, проводится аттестационными комиссиями по ведомственной принадлежности, в состав которых включаются соответствующие специалисты.

Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных

Приказ Минздрава России от 28 апреля 1998 г. № 140 (Извлечение)

1. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение) в тяжелой

степени.

Шифр Международной классификация болезней (МКБ-10) – F10.0.

Симптомы: угнетение сознания (глубокая оглушенность, сомно-лencia, сопор или кома) и вегетативных функций (артериальная ги-потензия, гипотермия, бледность и синюшность кожи и слизистых), пассивное положение тела, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Условия лечения – стационарные.

2. Злоупотребление алкоголем (употребление с вредными последствиями для здоровья).

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F10.1.

Сюда относится систематическое потребление алкоголя на протяжении последних 12 месяцев, повлекшее ущерб физическому здоровью, но не сопровождающееся формированием зависимости от алкоголя. Преходящие последствия острой интоксикации, а также негативные социальные последствия здесь не рассматриваются.

Условия лечения – амбулаторные.

219

5. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) – средняя стадия, фаза обострения, абстинентный синдром, степень тяжести – легкая.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F10.2.4.2, F10.3.

Симптомы: астения, потливость, прерывистый сон, плохой аппетит, легкий тремор рук, пониженное настроение, контролируемое влечение к алкоголю.

Условия лечения:

а) амбулаторное лечение;

б) стационарное лечение (проводится при невозможности осуществить амбулаторное лечение).

6. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) – средняя стадия, фаза обострения, абстинентный синдром, степень тяжести – средняя.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F10.2.4.2, F10.3.

Симптомы: разбитость, слабость, потливость, сердцебиение, головокружение, головная боль, беспокойный сон, отсутствие аппетита, жажда, метеоризм, подавленность, раздражительность, тревога, тремор рук, век, языка, активное влечение к алкоголю.

Условия лечения – стационарные.

7. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) – средняя стадия, фаза обострения, абстинентный синдром, тяжелая степень.

Шифр международной классификации болезней (МКБ-10) – F10.2.4.2, F10.3.

Симптомы: резкая слабость, затрудненный контакт, бессонница, ночные страхи, эпизодические иллюзии и галлюцинации, идеи виновности и отношения, головная боль, головокружение, гиперакту-зия, сильный тремор всего тела, тревога, двигательное беспокойство, профузный пот, сердцебиение, тошнота, сильное влечение к алкоголю.

Условия лечения – стационарные.

15. Нарушения, вызванные употреблением опиатов.

15.1. Опиная интоксикация. Легкая и средняя степень тяжести.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F11.0.

Симптомы: благодушное настроение, ускоренная речь и быстрая смена ассоциаций; поверхностность суждений; снижение критики к своему поведению и высказываниям; узкие зрачки, бледность, сухость кожных покровов; снижение артериального давления; урежение сердечного ритма; повышение сухожильных рефлексов; снижение моторной функции кишечника с запорами.

220

Специального обследования и лечения не требуется. Если речь идет о больном опиной наркоманией, лечение должно быть направлено на купирование развивающегося через 6–8 часов после последнего употребления наркотика

абстинентного синдрома (см. ниже).

15.2. Опийная интоксикация. Степень тяжести – тяжелая.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F11.0.

Симптомы: вялость, снопоподобное состояние, в наиболее тяжелых случаях – нарушение сознания; редкое поверхностное дыхание, брадикардия, гипотермия; узкие (точечные) зрачки; бледность, сухость кожных покровов; снижение артериального давления. Наиболее важное диагностическое значение имеют резко суженные зрачки с отсутствием или с вялой реакцией на свет. При передозировке снопоподобное состояние переходит в кому.

Условия лечения – стационарные.

15.3. Наркомания опийная. Острый абстинентный синдром. Степень тяжести – легкая.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F11.4.2, F11.3.

Симптомы: нерезко выражены вегетативные расстройства – риноррея, слезотечение, частое дыхание, озноб. Алгический синдром не выражен или выражен слабо.

Условия лечения – амбулаторные.

15.4. Наркомания опийная. Острый абстинентный синдром. Степень тяжести – средняя.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F11.24, F11.3.

Симптомы: нерезко выражены вегетативные расстройства, алгический синдром, психопатологическая симптоматика.

Условия лечения – стационарные.

15.5. Наркомания опийная. Острый абстинентный синдром. Степень тяжести – тяжелая.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F11.24, F11.3.

Симптомы: резко выражены все проявления опийного абстинентного синдрома, как соматовегетативные, так и психопатологические, в том числе расстройства сна.

Условия лечения – стационарное.

15.6. Наркомания опийная. Постабстинентное состояние (вторая фаза абстинентного синдрома).

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F11.21, F11.3.

221

Симптомы: аффективные нарушения разной степени выраженности, дисфория, психоподобное поведение, периодически обостряющееся влечение к наркотикам.

Условия лечения – желательно проводить в условиях стационара, но возможно и амбулаторное лечение.

17. Нарушения, вызванные употреблением седативных и снотворных веществ.

17.1. Интоксикация седативными и снотворными веществами. Степень тяжести – тяжелая (при легкой интоксикации лечение не требуется).

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F13.0.

Симптомы: состояние напоминает алкогольное опьянение, но выражена грубая неврологическая симптоматика, не соответствующая тяжести алкогольного опьянения: дизартрия, атаксия, нарушение согласованности движений, крупный латеральный нистагм. Резко расширены зрачки с вялой реакцией на свет, гиперсаливация, гипергидроз, склонность к гневливости и агрессии. После периода возбуждения наступает глубокий, тяжелый сон. В более тяжелых случаях наблюдается тошнота, рвота, профузный пот, икота, слюнотечение, нарушение сознания, которое может перейти в кому.

17.3. Наркомании и токсикомании вследствие употребления седативных и снотворных веществ. Состояние отмены, абстинентный синдром.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F13.24, F13.3.

Симптомы: тремор языка, век, вытянутых рук; неустойчивость в позе Ромберга, тошнота или рвота; тахикардия, психомоторное возбуждение,

параноидная настроенность; головная боль, бессонница, чувство недомогания и слабости, боли в крупных суставах, дисфория. Могут быть большие судорожные припадки.

Условия лечения – стационарные.

17.4. Наркомании и токсикомании вследствие употребления седативных и снотворных веществ. Постабстинентный синдром (вторая фаза абстинентного синдрома).

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F13.21, F13.3.

Симптомы: в клинической картине наблюдаются аффективные расстройства, психопатоподобное поведение, временами психомоторные возбуждение, влечение к психоактивным препаратам.

Условия лечения – стационарные.

18. Нарушения, вызванные употреблением кокаина.

18.1 Интоксикация кокаином. Степень выраженности – тяжелая (при легкой интоксикации специальных терапевтических мероприятий не требуется).

222

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F14.0.

Симптомы: психомоторное возбуждение, напоминающее маниакальноподобное состояние, иногда (при употреблении высоких доз) сочетающееся с паническими реакциями.

Условия лечения – стационарные.

18.3. Наркомания вследствие употребления кокаина. Абстинентный синдром.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F14.24, F14.3.

Симптомы: дисфория или апатия, безразличие с психомоторной заторможенностью;

повышенный аппетит, бессонница или сонливость. Выраженное влечение к кокаину.

Условия лечения – стационарные.

19. Нарушения, вызванные употреблением других стимуляторов.

19.1. Интоксикации вследствие употребления других стимуляторов Степень тяжести – тяжелая. (При легкой интоксикации лечение не требуется.)

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F15.0.

Симптомы: резкое психомоторное возбуждение; мидриаз; отсутствие или ослабление реакции зрачков на свет; горизонтальный размахистый нистагм; мышечная гипотония; снижение или отсутствие сухожильных рефлексов; повышение артериального давления; акрогипергидроз; тошнота, иногда рвота; задержка мочи, сухость слизистых оболочек; тахикардия, иногда синусовая аритмия; гипертермия; статическая атаксия, интенционный тремор.

Условия лечения – стационарные.

22. Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и употребления других психоактивных веществ.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) – F19.

Эти состояния отличаются большой вариабельностью. Лечение их на всех этапах зависит от состава препаратов, входящих в принимаемую больным их комбинацию.

223

Международная статистическая Классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (краткий вариант)

Принята 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1989 г. (Извлечение)

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения

Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09)

F01. Сосудистая деменция.

Включено: атеросклеротическая деменция.

- F01.0. Сосудистая деменция с острым началом.
- F01.1. Мультиинфарктная деменция.
- F01.2. Подкорковая сосудистая деменция.
- F01.3. Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция.
- F01.8. Другая сосудистая деменция.
- F01.9. Сосудистая деменция не уточненная.
- F02\*. Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках.
- F02.0\*. Деменция при болезни Пика (G31.0 +).
- F02.1\*. Деменция при болезни Крейтцфельдта-Якоба (A81.0 +).
- F02.2\*. Деменция при болезни Гентингтона (G10 +).
- F02.3\*. Деменция при болезни Паркинсона (G20 +).
- F02.4. Деменция при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] (B22.0 +).
- F02.8\*. Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других рубриках.
- F05. Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами.  
Включено: острый (-ое, -ая) или подострый (-ое, -ая):  
инфекционный психоз;  
мозговой синдром;  
органическая реакция;  
психоорганический синдром;  
состояние спутанности сознания (неалкогольной этиологии).
- F06. Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью.
- F06.7. Легкое когнитивное расстройство.
- F06.8. Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью.
- 224
- F06.9. Психическое расстройству обусловленное повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, не уточненное.
- F07. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга.
- F07.0. Расстройство личности органической этиологии.
- F07.2. Постконтузионный синдром.
- F07.8. Другие органические расстройства личности и Поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга.
- F07.9. Органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, не уточненное.
- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19)
- F10. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.
- F11. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов.
- F12. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов.
- F13. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств.
- F14. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина.
- F15. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин).
- F16. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов.
- F17. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением



табака.

F18. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей.

F19. Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ.

Включено: злоупотребление наркотиками БДУ.

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29)

F20. Шизофрения.

Шизофрения:

острая (недифференцированная) (F23.2);

циклическая (F25.2).

F20.0. Параноидная шизофрения.

паранойя (F22.0).

225

F20.1. Гебефреническая шизофрения.

F20.2. Кататоническая шизофрения.

F20.3. Недифференцированная шизофрения:

постшизофреническая депрессия (F20.4);

хроническая недифференцированная шизофрения (F20.5).

F20.4. Постшизофреническая депрессия.

F20.5. Остаточная шизофрения.

F20.6. Простой тип шизофрении.

F20.9. Шизофрения не уточненная.

F22.8. Другие хронические бредовые расстройства.

F22.9. Хроническое бредовое расстройство не уточненное

F23. Острые и преходящие психотические расстройства.

F23.0. Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении.

F23.1. Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении.

F23.2. Острое шизофреноподобное психотическое расстройство шизофреноформное расстройство БДУ (F20.8).

F23.3. Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства.

F23.8. Другие острые и преходящие психотические расстройства.

F23.9. Острое и преходящее психотическое расстройство не уточненное.

F24. Индуцированное бредовое расстройство.

F25. Шизоаффективные расстройства.

F25.0. Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип.

F25.1. Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип.

F25.2. Шизоаффективное расстройство, смешанный тип.

F25.8. Другие шизоаффективные расстройства.

F25.9. Шизоаффективное расстройство не уточненное.

F28. Другие неорганические психотические расстройства.

Расстройства настроения [аффективные расстройства] (F30–F39)

F30. Маниакальный эпизод.

Включено: биполярное расстройство, одиночный маниакальный эпизод.

F30.0. Гипомания.

F30.1. Мания без психотических симптомов.

F30.2. Мания с психотическими симптомами.

F30.8. Другие маниакальные эпизоды.

F30.9. Маниакальный эпизод не уточненный.

F31. Биполярное аффективное расстройство.

Включено: маниакально-депрессивное (-ый, -ая):

заболевание:

психоз;

226

реакция.

F31.0. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании.

F31.1. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

F31.2. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами.

F31.3. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии.

F31.4. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.

F31.5. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами.

F31.6. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера.

F31.7. Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия.

F31.8. Другие биполярные аффективные расстройства.

F31.9. Биполярное аффективное расстройство не уточненное.

F32. Депрессивный эпизод.

Включено: одиночный эпизод:

депрессивной реакции;

психогенной депрессии;

реактивной депрессии.

F32.0. Депрессивный эпизод легкой степени.

F32.1. Депрессивный эпизод средней степени.

F32.2. Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов.

F32.3. Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

F32.8. Другие депрессивные эпизоды.

F32.9. Депрессивный эпизод не уточненный

F33. Рекуррентное депрессивное расстройство.

Включено: повторные эпизоды:

депрессивной реакции;

психогенной депрессии;

реактивной депрессии;

сезонное депрессивное расстройство.

F33.0. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени.

F33.1. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени.

F33.2. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов.

227

F33.3. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

F33.4. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии.

F33.8. Другие рекуррентные депрессивные расстройства.

F33.9. Рекуррентное депрессивное расстройство не уточненное.

F34. Устойчивые расстройства настроения [аффективные расстройства].

F34.0. Циклотимия.

F34.1. Дистимия.

F34.8. Другие устойчивые расстройства настроения [аффективные].

F34.9. Устойчивое расстройство настроения [аффективное] не уточненное.

F38. Другие расстройства настроения [аффективные].

F38.0. Другие одиночные расстройства настроения [аффективные].

- F38.1. Другие рекуррентные расстройства настроения [аффективные].  
F38.8. Другие уточненные расстройства настроения [аффективные].  
F39. Расстройство настроения [аффективное] не уточненное.  
Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40–F48)  
F40. Фобические тревожные расстройства.  
F40.0. Агорафобия.  
F40.1. Социальные фобии.  
F40.2. Специфические (изолированные) фобии.  
F40.8. Другие фобические тревожные расстройства.  
F40.9. Фобическое тревожное расстройство не уточненное.  
F41. Другие тревожные расстройства.  
F41.0. Паническое расстройство [эпизодическая пароксизмальная тревожность].  
F41.1. Генерализованное тревожное расстройство.  
F41.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.  
F41.3. Другие смешанные тревожные расстройства.  
F41.8. Другие уточненные тревожные расстройства.  
F41.9. Тревожное расстройство не уточненное.  
F42. Обсессивно-компульсивное расстройство.  
Включено:  
ананкастический невроз;  
обсессивно-компульсивный невроз.  
F42.0. Преимущественно навязчивые мысли или размышления.  
F42.1. Преимущественно компульсивное действие [навязчивые ритуалы].  
F42.2. Смешанные навязчивые мысли и действия.  
228  
F42.8. Другие обсессивно-компульсивные расстройства.  
F42.9. Обсессивно-компульсивное расстройство не уточненное.  
F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации.  
F43.0. Острая реакция на стресс.  
F43.1. Посттравматическое стрессовое расстройство.  
F43.2. Расстройство приспособительных реакций.  
F43.8. Другие реакции на тяжелый стресс.  
F43.9. Реакция на тяжелый стресс не уточненная.  
F44. Диссоциативные [конверсионные] расстройства.  
Включено:  
истерический психоз;  
истерия;  
конверсионная истерия;  
конверсионная реакция.  
F44.0. Диссоциативная амнезия.  
F44.1. Диссоциативная фуга.  
Исключено: фуга после приступа эпилепсии (G40 –).  
F44.2. Диссоциативный ступор.  
Ступор:  
БДУ(Я40.1);  
депрессивный (F31–F33);  
кататонический (F20.2);  
маниакальный (F30.2).  
F44.3. Транс и одержимость.  
F44.4. Диссоциативные двигательные расстройства.  
F44.5. Диссоциативные конвульсии.  
F44.6. Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия.  
F44.7. Смешанные диссоциативные [конверсионные] расстройства.  
F44.8. Другие диссоциативные [конверсионные] расстройства.

F44.9. Диссоциативное [конверсионное] расстройство не уточненное.

F45. Соматоформные расстройства.

F45.0. Соматизированное расстройство.

F45.1. Недифференцированное соматоформное расстройство.

F45.2. Ипохондрическое расстройство.

F45.3. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

F45.4. Устойчивое соматоформное болевое расстройство.

F45.8. Другие соматоформные расстройства.

F45.9. Соматоформное расстройство не уточненное.

F48. Другие невротические расстройства.

F48.0. Неврастения.

F48.1. Синдром деперсонализации-дереализации.

F48.8. Другие уточненные невротические расстройства.

229

F48.9. Невротическое расстройство не уточненное.

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50–F59)

F50. Расстройства приема пищи.

F50.0. Нервная анорексия.

F50.1. Атипичная нервная анорексия.

F50.2. Нервная булимия.

F50.3. Атипичная нервная булимия.

F50.4. Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами.

F50.5. Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами.

F50.8. Другие расстройства приема пищи.

F50.9. Расстройство приема пищи не уточненное.

F51. Расстройства сна неорганической этиологии.

F51.0. Бессонница неорганической этиологии.

F51.1. Сонливость [гиперсомния] неорганической этиологии.

F51.2. Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии.

F51.3. Снохождение [сомнамбулизм].

F51.4. Ужасы во время сна [ночные ужасы].

F51.5. Кошмары.

F51.8. Другие расстройства сна неорганической этиологии.

F51.9. Расстройство сна неорганической этиологии не уточненное.

F52. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями.

F52.0. Отсутствие или потеря сексуального влечения.

F52.1. Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия.

F52.2. Недостаточность генитальной реакции.

F52.3. Оргазмическая дисфункция.

F52.4. Преждевременная эякуляция.

F52.5. Вагинизм неорганического происхождения. 1

F52.6. Диспареуния неорганического происхождения.

F52.7. Повышенное половое влечение.

F52.8. Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью.

F52.9. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью, не уточненная.

F53. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках.

F53.0. Легкие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках.

230

F53.1. Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других

рубриках.

F53.8. Другие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках.

F53.9. Послеродовое психическое расстройство не уточненное.

F54. Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках.

F55. Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость.

F59. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, не уточненные.

Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69)

F60. Специфические расстройства личности.

F60.0. Параноидное расстройство личности.

F60.1. Шизоидное расстройство личности.

F60.2. Диссоциальное расстройство личности.

F60.3. Эмоционально неустойчивое расстройство личности.

F60.4. Истерическое расстройство личности.

F60.5. Ананкастическое расстройство личности.

F60.6. Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.

F60.7. Расстройство типа зависимой личности.

F60.8. Другие специфические расстройства личности.

F60.9. Расстройство личности не уточненное.

F61. Смешанные и другие расстройства личности.

F62. Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга.

F62.0. Стойкое изменение личности после переживания катастрофы.

F62.1. Стойкое изменение личности после психического заболевания.

F62.8. Другие стойкие изменения личности.

F62.9. Стойкое изменение личности не уточненное.

F63. Расстройства привычек и влечений.

F63.0. Патологическое влечение к азартным играм.

F63.1. Патологическое влечение к поджогам [пиромания].

F63.2. Патологическое влечение к воровству [клептомания].

F63.3. Трихотилломания.

F63.8. Другие расстройства привычек и влечений.

F63.9. Расстройство привычек и влечений не уточненное.

F64. Расстройства половой идентификации.

F64.0. Транссексуализм.

F64.1. Трансвестизм двойной роли.

F64.2. Расстройство половой идентификации в детском возрасте.

F64.8. Другое расстройство половой идентификации.

231

F64.9. Расстройство половой идентификации не уточненное.

F65. Расстройства сексуального предпочтения.

Включено: парафилии.

F65.0. Фетишизм.

F65.1. Фетишистский трансвестизм.

F65.2. Эсгибиционизм.

F65.3. Вуайеризм.

F65.4. Педофилия.

F65.5. Садомазохизм.

F65.6. Множественные расстройства сексуального предпочтения.

F65.8. Другие расстройства сексуального предпочтения.

F65.9. Расстройство сексуального предпочтения не уточненное.

F66. Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией.

Примечание: сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается как



расстройство.

F66.0 Расстройство сексуального созревания.

F66.1 Эгодистоническая половая ориентация.

F66.2. Расстройство сексуальных отношений.

F66.8. Другие расстройства психосексуального развития.

F66.9. Расстройство психосексуального развития не уточненное.

F68. Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

F68.0. Преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам.

F68.1. Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера [поддельное нарушение].

F68.8. Другие уточненные расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

F69. Расстройство личности и поведения в зрелом возрасте не уточненное.

Умственная отсталость (F70–F79)

Для идентификации степени умственной недостаточности рубрики F70–F79 употребляются со следующим четвертым знаком:

.0. С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения.

.1. Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения.

.8. Другое нарушение поведения.

.9. Без указаний на нарушение поведения.

F70. Умственная отсталость легкой степени.

Включено:

слабо выраженная умственная субнормальность;

слабоумие.

232

F71. Умственная отсталость умеренная.

Включено: умственная субнормальность средней тяжести.

F72. Умственная отсталость тяжелая.

Включено: резко выраженная умственная субнормальность.

F73. Умственная отсталость глубокая.

Включено: глубокая умственная субнормальность.

F78. Другие формы умственной отсталости.

F79. Умственная отсталость не уточненная.

Включено:

умственная недостаточность БДУ;

умственная субнормальность БДУ.

Расстройства психологического развития (F80–F89)

F80. Специфические расстройства развития речи и языка.

F80.0. Специфическое расстройство речевой артикуляции.

F80.1. Расстройство экспрессивной речи.

F80.2. Расстройство рецептивной речи.

F80.3. Приобретенная афазия с эпилепсией [Ландау – Клеффнера].

F80.8. Другие расстройства развития речи и языка.

F80.9. Расстройства развития речи и языка не уточненные.

F81. Специфические расстройства развития учебных навыков.

F81.0. Специфическое расстройство чтения.

F81.1. Специфическое расстройство спеллингования.

F81.2. Специфическое расстройство арифметических навыков.

F81.3. Смешанное расстройство учебных навыков.

F81.8. Другие расстройства развития учебных навыков.

F81.9. Расстройство развития учебных навыков не уточненное.

F82. Специфические расстройства развития моторной функции.

F83. Смешанные специфические расстройства психологического развития.

- F84. Общие расстройства психологического развития.
- F84.0. Детский аутизм.
- F84.1. Атипичный аутизм.
- F84.2. Синдром Ретта.
- F84.3. Другое дезинтегративное расстройство детского возраста.
- F84.4. Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.
- F84.5. Синдром Аспергера.
- FS4.8. Другие общие расстройства развития.
- F84.9. Общее расстройство развития не уточненное.
- F88. Другие расстройства психологического развития.
- F89. Расстройство психологического развития не уточненное.
- Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90–F98)
- 233
- F90. Гиперкинетические расстройства.
- F90.0. Нарушение активности и внимания.
- F90.1. Гиперкинетическое расстройство поведения.
- F90.8. Другие гиперкинетические расстройства.
- F90.9. Гиперкинетическое расстройство не уточненное.
- F91. Расстройства поведения.
- F91.0. Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи.
- F91.1. Несоциализированное расстройство поведения.
- F91.2. Социализированное расстройство поведения.
- F91.3. Вызывающее оппозиционное расстройство.
- F91.8. Другие расстройства поведения.
- F91.9. Расстройство поведения не уточненное.
- F92. Смешанные расстройства поведения и эмоций.
- F92.0. Депрессивное расстройство поведения.
- F92.8. Другие смешанные расстройства поведения и эмоций.
- F92.9. Смешанное расстройство поведения и эмоций не уточненное.
- F93. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста.
- F93.0. Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой.
- F93.1. Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте.
- F93.2. Социальное тревожное расстройство в детском возрасте.
- F93.3. Расстройство сиблингового соперничества.
- F93.8. Другие эмоциональные расстройства в детском возрасте.
- F93.9. Эмоциональное расстройство в детском возрасте не уточненное.
- F94. Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов.
- F94.0. Элективный мутизм.
- F94.1. Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте.
- F94.2. Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу.
- F94.8. Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте.
- F94.9. Расстройство социального функционирования в детском возрасте не уточненное.
- F95. Тики.
- F95.0. Транзиторные тики.
- F95.1. Хронические моторные тики или вокализмы.
- F95.2. Комбинирование вокализов и множественных моторных тиков [синдром де ла Туретта].
- F95.8. Другие тики.
- F95.9. Тики не уточненные.

234

F98. Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

F98.0. Энурез неорганической природы.

F98.1. Энкопрез неорганической природы.

F98.2. Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте.

F98.3. Поедание несъедобного младенцами и детьми.

F98.4. Стереотипные двигательные расстройства.

F98.5. Заикание [запинание].

F98.6. Речь взахлеб.

F98.8. Другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст.

F98.9. Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, не уточненное.

235

Помещение

обвиняемого

(ФИО)

В

(наименование лечебно-психиатрического учреждения)

"Санкционирую

"

Прокурор

(наименование прокуратуры)

(должность)

(подпись)

(фамилия)

" \_\_\_\_\_ "

Гербова  
прокурора

200 \_\_\_\_ г.

печать

Постановление

судебно-психиатрической экспертизы

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ г.

о

назначении

(место составления)

Следователь

прокуратуры

(наименование прокуратуры, ФИО)

рассмотрев материалы уголовного дела по  
обвинению

(должность, ФИО)

установил: шении преступления, предусмотренного ч. \_\_\_\_\_ ст. \_\_\_\_\_ УК РФ,  
в совер-

(обстоятельства совершенного преступления:

время, место, способ и другие обстоятельства, виновность обвиняемого

в совершении преступления и мотивы преступления;

основания назначения экспертизы)

(характеристика обвиняемого

с приведением необходимых данных о его личности)

236

Принимая во внимание, что для правильного разрешения настоящего уголовного дела необходимо установить, может ли \_\_\_\_\_ отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими в момент совершения общественно опасного деяния (к моменту производства по делу), для чего требуются специальные познания в области судебной психиатрии, руководствуясь ст. 78, 79, 184, 187 и 188 УПК РСФСР, постановил:

1. Назначить по настоящему уголовному делу судебно-психиатрическую экспертизу.

2. Производство экспертизы поручить

(наименование

лечебно-психиатрического учреждения, врачам-психиатрам которого

поручается производство экспертизы)

3. На разрешение комиссии экспертов поставить следующие вопросы:

1)

(вопросы, которые ставятся перед комиссией экспертов)

2)

...

4. Поместить обвиняемого

(ФИО)

для стационарного наблюдения в связи с производством экспертизы в

(наименование \_\_\_\_\_ лечебно-психиатрического \_\_\_\_\_ учреждения, в которое помещается обвиняемый)

5. В распоряжение экспертов-психиатров предоставить

(материалы, которые предоставляются в распоряжение экспертов для производства

судебно-психиатрической экспертизы)  
Следователь прокуратуры

(наименование прокуратуры)

(должность) (подпись) (фамилия)237

---

1 В отношении Украины ч. 3 ст. 10 была дополнена оговоркой: "Если после передачи лица для проведения принудительного лечения решение суда в Договаривающейся Стороне, где оно было вынесено, отменено и предусмотрено новое расследование или судебное разбирательство, копия решения об этом, материалы уголовного дела и другие необходимые документы направляются Договаривающейся Стороне, принявшей лицо, для решения вопроса о привлечении его к ответственности по законодательству этой Договаривающейся Стороны". - Прим. авт.

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>